



CHAMBRE DES DÉPUTÉS
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Dossier consolidé

Projet de loi 6196

Projet de loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant:

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

Date de dépôt : 06-10-2010

Date de l'avis du Conseil d'État : 07-12-2010

Auteur(s) : Monsieur Mars Di Bartolomeo, Ministre de la Sécurité sociale

Liste des documents

Date	Description	Nom du document	Page
14-01-2011	Résumé du dossier	Résumé	<u>4</u>
06-10-2010	Déposé	6196/00	<u>8</u>
12-11-2010	Avis de la Chambre des Fonctionnaires et Employés publics (10.11.2010)	6196/01	<u>96</u>
16-11-2010	Amendements gouvernementaux 1) Dépêche de la Ministre aux Relations avec le Parlement au Président de la Chambre des Députés (16.11.2010) 2) Texte et commentaires des amendements	6196/02	<u>103</u>
23-11-2010	Avis du Conseil d'Etat (23.11.2010)	6196/03	<u>115</u>
26-11-2010	Amendements adoptés par la/les commission(s) : Commission de la Santé et de la Sécurité sociale	6196/05	<u>144</u>
26-11-2010	Avis de la Commission nationale pour la protection des données (24.11.2010)	6196/04	<u>193</u>
30-11-2010	Avis de la Chambre des Salariés (25.11.2010)	6196/06	<u>202</u>
06-12-2010	Avis du Collège médical (1.12.2010)	6196/07	<u>259</u>
07-12-2010	Avis commun de la Chambre de Commerce et de la Chambre des Métiers (3.12.2010)	6196/09	<u>264</u>
07-12-2010	Avis complémentaire du Conseil d'Etat (7.12.2010)	6196/08	<u>316</u>
08-12-2010	Avis de la Confédération des organismes prestataires d'aides et de soins (COPAS) (26.11.2010)	6196/10	<u>321</u>
09-12-2010	Rapport de commission(s) : Commission de la Santé et de la Sécurité sociale Rapporteur(s) : Madame Lydia Mutsch	6196/11	<u>324</u>
14-12-2010	Dépêche du Président de la Chambre des Députés au Président du Conseil d'Etat (14.12.2010)	6196/12	<u>409</u>
15-12-2010	Rapport de commission(s) : Commission de la Santé et de la Sécurité sociale Rapporteur(s) : Madame Lydia Mutsch	6196/13	<u>412</u>
16-12-2010	Dépêche du Président de la Chambre des Députés au Président du Conseil d'Etat (16.12.2010)	6196/14	<u>441</u>
24-12-2010	Dispense du second vote constitutionnel par le Conseil d'Etat (24-12-2010) Evacué par dispense du second vote (24-12-2010)	6196/15	<u>444</u>
15-12-2010	Commission de la Santé et de la Sécurité sociale Procès verbal (14) de la reunion du 15 décembre 2010	14	<u>447</u>
09-12-2010	Commission de la Santé et de la Sécurité sociale Procès verbal (13) de la reunion du 9 décembre 2010 (Rediffusion avec annexe)	13	<u>451</u>
25-11-2010	Commission de la Santé et de la Sécurité sociale Procès verbal (11) de la reunion du 25 novembre 2010	11	<u>468</u>

Date	Description	Nom du document	Page
25-11-2010	Commission de la Santé et de la Sécurité sociale Procès verbal (10) de la reunion du 25 novembre 2010	10	<u>482</u>
18-11-2010	Commission de la Santé et de la Sécurité sociale Procès verbal (09) de la reunion du 18 novembre 2010	09	<u>516</u>
11-11-2010	Commission de la Santé et de la Sécurité sociale Procès verbal (07) de la reunion du 11 novembre 2010	07	<u>522</u>
28-10-2010	Commission de la Santé et de la Sécurité sociale Procès verbal (06) de la reunion du 28 octobre 2010	06	<u>545</u>
28-10-2010	Commission de la Santé et de la Sécurité sociale Procès verbal (05) de la reunion du 28 octobre 2010	05	<u>590</u>
28-10-2010	Commission de la Santé et de la Sécurité sociale Procès verbal (04) de la reunion du 28 octobre 2010	04	<u>612</u>
26-10-2010	Commission de la Santé et de la Sécurité sociale Procès verbal (03) de la reunion du 26 octobre 2010	03	<u>633</u>
21-10-2010	Commission de la Santé et de la Sécurité sociale Procès verbal (02) de la reunion du 21 octobre 2010	02	<u>641</u>
13-05-2011	Publié au Mémorial A n°96 en page 1584	6196	<u>651</u>

Résumé

Projet de loi 6196
portant réforme du système de soins de santé et modifiant:

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

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

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

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

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

2) *La substitution de médicaments*

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

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

3) *Le dossier de soins partagé*

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

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

4) *La documentation des prestations de soins*

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

5) Les centres de compétences

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

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

6) L'enveloppe budgétaire globale pour le secteur hospitalier

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

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

7) Le statut du médecin hospitalier et du médecin-coordonateur

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

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

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

8) Le conventionnement obligatoire

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

9) La Commission de nomenclature

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

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

10) La prise en charge directe

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

11) Mesures financières

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

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

12) Intégration des dépenses de maternité

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

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

13) La Commission de surveillance

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

6196/00

N° 6196**CHAMBRE DES DEPUTES**

Session ordinaire 2009-2010

PROJET DE LOI**portant réforme du système de soins de santé et modifiant:**

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

* * *

*(Dépôt: le 6.10.2010)***SOMMAIRE:**

	<i>page</i>
1) Arrêté Grand-Ducal de dépôt (30.9.2010).....	1
2) Exposé des motifs	2
3) Texte du projet de loi	36
4) Commentaire des articles	63

*

ARRETE GRAND-DUCAL DE DEPOT

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

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

Arrêtons:

Article unique.– Notre Ministre de la Sécurité sociale est autorisé à déposer en Notre nom à la Chambre des Députés le projet de loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant:

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

Palais de Luxembourg, le 30 septembre 2010

Le Ministre de la Sécurité sociale,

Mars DI BARTOLOMEO

HENRI

*

EXPOSE DES MOTIFS

I. INTRODUCTION

I.1. Les soins de santé

Le développement du système de soins de santé est un processus permanent d'adaptation aux besoins changeants de la population, d'intégration des nouvelles possibilités de traitement et d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des prestations fournies. Ce processus doit garder le patient au centre de ses préoccupations, qui s'attend à une offre de service de qualité, mais veut aussi être associé à la prise en charge en tant que personne informée, responsable et autonome.

Notre système de santé publique se caractérise par le libre accès à des soins de qualité, l'égalité de traitement, le financement solidaire et aussi la solidarité avec les bénéficiaires de soins. La pérennisation de ces valeurs n'est pas compatible avec un laisser-faire ou un surplace permanent, mais exige un esprit de modernisation, une approche critique, une nécessité de transparence et une recherche de la qualité et de l'efficacité. Tous les acteurs ont été invités et resteront associés à un processus de réforme de notre système de soins de santé axé sur une amélioration de la coopération et de la coordination et sur une meilleure utilisation des ressources disponibles.

La réforme renforcera les concepts de promotion de la santé et l'approche préventive tout en attachant une importance particulière aux soins de premiers recours en tant que point de contact de proximité et de confiance pour les patients, non seulement pour les maux physiques mais aussi pour le bien-être psychique. Le rôle du médecin généraliste sera ainsi revalorisé, tant en ce qui concerne ses compétences spécifiques que sa fonction de guide et référent dans le système de soins et à travers le parcours de traitement.

Les investissements dans les infrastructures hospitalières seront maintenus à un niveau élevé tout en mettant un accent particulier sur la recherche de l'utile et du nécessaire et tout en évitant les doubles emplois et les dépassements de budgets. Les hôpitaux devront redéfinir leur rôle, aussi bien entre eux que dans le système de soins dans sa globalité. Ils devront promouvoir les synergies, rechercher la spécialisation et le partage des tâches, s'associer à des projets communs aussi bien dans le domaine médical que dans la logistique. Ceci nécessite aussi une redéfinition du rôle du médecin hospitalier permettant de l'associer davantage au fonctionnement de l'hôpital et de le responsabiliser dans ce processus.

I.2. Les visées de la réforme

Depuis la réforme structurelle de 1992, les fondements de notre système de soins de santé sont globalement restés inchangés notamment en ce qui concerne le conventionnement obligatoire des prestataires de soins garantissant un accès égal et équitable à l'offre de soins, une médecine libérale jouissant d'une liberté thérapeutique et d'une liberté de prescription large, et un secteur hospitalier budgétisé, fonctionnant suivant des principes comparables à un service public.

Grâce à une très bonne situation économique au cours des dernières années, des investissements substantiels par le biais du Fonds des investissements hospitaliers et de l'assurance maladie-maternité ont été réalisés en faveur des infrastructures hospitalières. Le pays dispose donc d'un système de santé très développé offrant aux assurés des services de qualité et assurant aux prestataires des conditions excellentes.

Presque tous les pays présentant des systèmes de soins de santé comparables ont opté au cours des dernières années pour l'introduction de régimes de financement forfaitaires. Par ce biais, la pilotabilité des systèmes de soins de santé est assurée par un cadre financier plus contraignant axé sur les prestations couvertes par l'assurance maladie-maternité et effectivement réalisées. De tels systèmes entraînent certains effets de marché incitant à une plus grande concurrence entre les prestataires. Ils comportent une autorégulation de l'offre mais aussi le risque d'une offre de soins n'assurant plus un accès aux soins égal pour tous les assurés. D'autre part, la mise en oeuvre et la maintenance de tels systèmes comportent des contraintes techniques considérables. Pour ces raisons, il est proposé de miser sur les caractéristiques actuelles de notre système et sur son potentiel d'amélioration et d'efficacité. Dès lors, tout en maintenant les principes actuels et dans la même visée que son prédécesseur, le projet de réforme vise prioritairement une meilleure coordination et une meilleure pilotabilité du système de soins de

santé, précisant le cadre normatif en matière de documentation et de standards, misant sur des gains d'efficacité et d'efficacités, stimulant la responsabilité des différents prestataires et améliorant les mécanismes de contrôle et de surveillance.

Cette vision protectrice pour notre système actuel ne peut se réaliser que si les mesures prévues apportent durablement les fruits escomptés. En outre, la plus grande mobilité non seulement des patients mais surtout des prestataires, pour lesquels notre système de soins de santé représente une attractivité sans concurrence au niveau régional voire européen, risque de porter atteinte à l'équilibre fragile de l'offre et des moyens de financement de l'assurance maladie-maternité.

L'autre priorité du projet de loi est le redressement à court terme de la situation financière de l'assurance maladie-maternité. Pour 2010, le choix du législateur, globalement partagé lors de la réunion Quadripartite du 7 octobre 2009 et entériné dans la loi budgétaire, a été de combler le déficit 2010 de l'assurance maladie-maternité par un abaissement de la limite inférieure de la réserve obligatoire de l'assurance maladie-maternité. Ceci fut une opération unique permettant de donner une marge de manoeuvre pour une réforme en profondeur. Il est prévu de reconstituer cette réserve progressivement au cours des prochaines années. Les premières statistiques pour l'année 2010 affichent des indicateurs légèrement plus positifs par rapport au budget voté par le comité directeur de la Caisse nationale de santé. Cette embellie est due à un emploi qui semble résister un peu mieux qu'attendu aux effets de la crise, mais ne dispense toutefois pas de la nécessité d'une réforme structurelle. Pour 2011, un déficit des opérations courantes comparable à celui initialement prévu pour l'année en cours est attendu. Néanmoins, la tendance d'un écart croissant entre dépenses et recettes se confirme pour 2011 et pour les années à venir.

Le Code de la sécurité sociale prévoit des mécanismes précis que les partenaires sociaux peuvent activer en vue de la fixation des prestations de l'assurance maladie-maternité ainsi que de la négociation des tarifs des prestataires des soins et des budgets des hôpitaux. Tout en respectant l'autonomie de la Caisse nationale de santé dans ce domaine, le projet de loi a l'ambition de redresser de façon directe certains automatismes et des évolutions malsaines en matière de tarification et de rémunération des prestataires de soins. En outre, il prévoit, à l'instar des mesures prises lors du déficit engendré par la crise sidérurgique du début des années '80, un objectif d'économies substantielles des dépenses de l'assurance maladie-maternité. Complémentairement, le projet de loi prévoit des recettes supplémentaires de l'assurance maladie-maternité. Ces différentes mesures sont nécessaires afin d'assurer l'équilibre financier pour 2011 et les années à venir et d'éviter le recours à répétition à une augmentation des cotisations, tel que prévu par le Code de la sécurité sociale.

Le Gouvernement opte clairement pour un lien des mesures ciblant le court terme et le moyen terme, et ceci afin d'assurer de façon durable une stabilité de l'assurance maladie-maternité. En outre, le projet de loi ne veut pas seulement traiter les symptômes d'une crise engendrée par la crise financière et économique globale, mais a aussi l'ambition de s'attaquer à des problèmes structurels que notre système de soins de santé rencontre depuis plusieurs années. La combinaison de ces visées entraîne que le projet de loi devrait être soumis au vote de la Chambre des Députés au cours de l'année 2010. L'entrée en vigueur des éléments de la loi contribuant au redressement de la situation financière de l'assurance maladie-maternité est programmée au 1er janvier 2011. Certains éléments pourront partiellement être programmés pour des dates ultérieures respectivement bénéficier de périodes transitoires pour assurer une bonne implémentation effective des différentes mesures décidées.

I.3. Le cadre général de la réforme

Le programme gouvernemental 2009-2014 confirme les fondements de notre système de santé, en engageant le Gouvernement „à préserver un système de santé basé sur la solidarité nationale, l'équité et l'accessibilité ainsi que sur la qualité de l'offre“.

Le programme gouvernemental fixe également les orientations stratégiques pour les réformes à effectuer au cours de la période législative:

- préserver un système de santé public et solidaire et développer la qualité, la complémentarité et des filières de soins coordonnées,
- maîtriser l'évolution du coût global de l'assurance maladie-maternité et assurer la pérennité de notre système de santé,
- créer une gestion des données répondant à des critères d'exhaustivité, de transparence, de fiabilité, de standardisation, de comparabilité et d'échangeabilité.

Lors de la réunion du Comité quadripartite du 7 octobre 2009, le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale a discuté avec les partenaires sociaux, les médecins, les hôpitaux et les autres prestataires de soins la situation de l'assurance maladie-maternité et du système de soins de santé (cf. note d'orientation conceptuelle élaborée à cette occasion par l'Inspection générale de la sécurité sociale et communiquée au préalable aux participants de la réunion). Cette analyse peut être résumée comme suit:

- le déficit de l'assurance maladie-maternité pour l'année 2010 (estimé à ce moment-là à 92,5 millions d'euros ou 4,5% du budget global) est principalement généré par les effets de la crise, notamment la baisse de l'activité économique et le ralentissement de la croissance (voire la stagnation ou même la baisse) de l'emploi, dont on ne pouvait et ne peut toujours pas déterminer ni la durée ni les conséquences durables,
- des difficultés structurelles s'annonçaient dans le domaine des soins de santé depuis quelques années, notamment illustrées par une hausse moyenne annuelle élevée des prestations entre 1999 et 2009 (pouvant seulement être supportée par une croissance économique soutenue permanente et stable) et par un développement soutenu des investissements publics dans le domaine de la santé et (ne pouvant pas être justifiée par un développement proportionnel de la qualité ou un accroissement correspondant de la population assurée),
- la devise „soigner mieux en dépensant mieux“ et une démarche concertée axée sur „l'utile et le nécessaire“ qui ont cadré l'action du Gouvernement au cours de la période législative précédente, ont certes permis de stabiliser le fonctionnement de l'assurance maladie-maternité et de sensibiliser tous les acteurs, mais doivent être renforcées par une dynamique de réforme et d'optimisation du système de soins de santé afin de le rendre plus performant et plus efficient.

De cette analyse découle une démarche en trois étapes:

Le pacte de stabilité pour les années 2010 et 2011 prévoit une stabilisation des facteurs essentiels du développement des coûts du système de soins de santé. Ainsi, le maintien au niveau 2009 de certaines catégories de frais et la limitation du nombre de médecins agréés sont prévus en milieu hospitalier afin de réaliser un ralentissement de l'évolution des dépenses. En outre, les discussions et les négociations avec les prestataires de soins en matière tarifaire, conventionnelle, statutaire ou d'adaptation des nomenclatures ne doivent pas aboutir à de nouveaux coûts disproportionnés pour l'assurance maladie-maternité. La Caisse nationale de santé et la Commission de nomenclature doivent renforcer leurs efforts afin de remédier à certaines incohérences manifestes en matière de tarification et d'indemnisation des prestations. Les projets d'investissement projetés seront reconsidérés quant à leur envergure et à leur impact sur l'assurance maladie-maternité et sur le système de soins de santé dans sa globalité. La Caisse nationale de santé procédera à une sensibilisation aussi bien des assurés en tant que consommateurs, que des médecins en tant que prescripteurs et de tous les prestataires en tant que fournisseurs, afin de les rendre conscients de leurs responsabilités respectives pour notre système de soins de santé.

En visant plutôt les maux que les symptômes, la réforme de l'assurance maladie-maternité doit répondre au double défi de remédier de façon durable au déficit persistant et de poser les voies du fonctionnement du secteur de la santé pour les années à venir. La mise en oeuvre des nouvelles orientations et priorités portera sur les années à venir et englobera aussi bien d'autres démarches législatives que l'implémentation d'une nouvelle nomenclature médicale, le basculement du „tout stationnaire“ vers le développement conséquent des soins primaires ou encore le développement de la chirurgie ambulatoire. Notre système de soins de santé, qui est l'un des plus attractifs aussi bien pour ses usagers que pour les différents prestataires qui l'animent, devra non seulement maintenir son haut niveau de qualité mais aussi remédier à certaines faiblesses structurelles, dont notamment le manque de documentation et de transparence et l'absence de filières de soins structurées, telles qu'illustrées par le „Panorama de la santé 2009“ établi par l'OCDE, qui brosse un tableau nuancé des soins de santé prodigués au Luxembourg.

Le projet de réforme se base sur différents travaux préliminaires:

- les discussions des dernières années au sein de la Quadripartite avec les différents partenaires de l'assurance maladie-maternité impliqués dans la démarche du „Soigner mieux en dépensant mieux“ qui tournaient autour des éléments centraux repris dans le projet de réforme, tels que la documentation et la nomenclature, l'organisation commune et coordonnée de l'offre hospitalière, etc.
- des échanges intensifs ont été entamés directement après la réunion Quadripartite du 7 octobre 2009 avec l'Association des médecins et médecins-dentistes et l'Entente des hôpitaux luxembourgeois ainsi que les partenaires sociaux.

- des groupes de travail réunissant des représentants des ministères de la Santé et de la Sécurité sociale, de la Direction de la santé, de l'Inspection générale de la sécurité sociale, de la Caisse nationale de santé et du Contrôle médical de la sécurité sociale ont été instaurés. A partir de l'année 2010, les prestataires de soins, et pour certains sujets les partenaires sociaux, intégrèrent ces groupes de travail, afin de discuter avec eux les différentes pistes de réforme. Ces discussions, qui furent menées parallèlement aux négociations relatives au pacte de stabilité, permirent de clarifier les positions et la volonté de réforme de chaque parti.

Lors de la réunion du Comité quadripartite du 24 mars 2010, les rapports des différents groupes de travail furent présentés. Le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale esquissa également les axes prioritaires de la présente réforme. Sur cette base un premier avant-projet de loi fut soumis au Conseil de gouvernement au cours du mois de juillet, qui tout en approuvant les grandes lignes du projet de réforme invitait le ministre de la Santé et de la Sécurité sociale à procéder à une phase de consultation supplémentaire avec les partenaires sociaux et les prestataires de soins, notamment afin de discuter et de préciser les modalités liées au financement de l'assurance maladie-maternité. Suite à ces discussions qui se sont étalées jusqu'à la mi-septembre 2010, une version révisée du projet de réforme a été finalisée.

A noter que les prestations en espèces ne feront pas partie de la réforme. En dehors du souci de ne pas surcharger un projet de réforme d'une envergure considérable, il s'agit d'attendre les résultats des travaux du Groupe de haut niveau „absentéisme“ (instauré dans le cadre de l'introduction du statut unique) et de prendre en compte les conséquences de la loi du 12 mai 2010 portant réforme de l'assurance accident ou encore l'évolution du projet réforme de l'incapacité de travail.

I.4. L'évolution internationale

I.4.1. La comparaison des systèmes de santé

L'OCDE a publié récemment une comparaison du fonctionnement organisationnel et institutionnel des systèmes de santé de ses pays membres¹.

En matière de financement, la plupart des pays peut faire valoir un haut niveau de couverture des soins de santé. L'accès de l'ensemble de la population est garanti dans une large mesure, surtout par une réglementation et un financement public, assurant une égalité de traitement à une population défavorisée ou à risque. Un certain nombre de pays ont instauré des systèmes d'assurance complémentaire ou supplémentaire, qui contribuent dans certains cas de façon substantielle à la prise en charge des soins de santé. La participation de l'Etat dans le financement des soins de santé est dans la plupart des cas très élevée, que ce soit par une prise en charge directe par le biais du budget de l'Etat ou par une dotation aux assurances maladies.

En matière d'offre de soins, les systèmes sont très diversifiés. Pour les médecins, le paiement à l'acte est complété dans de nombreux cas par un paiement par capitation. Surtout pour les médecins spécialistes, de nombreux pays appliquent un engagement salarié en milieu hospitalier. Le financement des hôpitaux se base certes encore sur une budgétisation, mais le financement global ou partiel par prestation ou type de prestation devient de plus en plus la règle, complété même par une prise en compte de facteurs liés à la qualité, l'atteinte d'objectifs ou des critères de performance.

Les systèmes de soins de santé se différencient par la possibilité du bénéficiaire de faire ses propres choix et par la mise en concurrence des prestataires. Dans ce domaine, deux facteurs sont essentiels: d'un côté la structure de l'offre (quantité, localisation, ...) et de l'autre côté des restrictions imposées au libre choix du prestataire. Il est intéressant de constater, que des pays dont les systèmes se caractérisent par une large liberté de choix optent à restreindre celle-ci p.ex. par l'introduction du concept de *clinical pathways*, et que des systèmes très dirigistes ouvrent leurs systèmes davantage à la concurrence. Une tendance générale est le renforcement des soins de premiers recours, soit de façon obligatoire (*gate-keeping*) soit par biais de mesures d'attrait. Afin que le patient puisse assurer des choix éclairés dans le système de santé, il est important qu'il puisse disposer d'informations adéquates et standardisées, notamment en relation à la qualité de l'offre et à la structure des prix.

¹ Paris.V., M. Devaux and L. Wei (2010), „Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries“, *OECD Health Working Papers No. 50*, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, OECD, www.oecd.org/els/health/workingpapers

Un élément important est la régulation de l'offre de soins, vu qu'elle constitue, encore plus que la demande (plus ou moins effective), le facteur essentiel de l'évolution financière des systèmes de santé. De nombreux pays optent pour une régulation du nombre de praticiens, notamment quant à leur nombre global ou leur répartition régionale. A noter que le Luxembourg se trouve juste en-dessous de la moyenne du nombre de médecins par habitants des pays de l'OCDE. L'implémentation d'hôpitaux et la diffusion d'équipement médical coûteux sont normalement fortement réglées dans tous les pays. Les hôpitaux bénéficient néanmoins généralement d'une large autonomie de gestion.

En matière de fixation de tarifs, et bien que les systèmes soient très variés et diffèrent fortement dans ce système, une régulation ou une réglementation stricte des tarifs et des mécanismes de fixation sont la règle, aussi dans les pays prévoyant un système de paiement à l'acte. La liberté partielle ou totale de fixation des tarifs est l'exception, respectivement se trouve très cadrée. En ce qui concerne les médicaments, une large majorité de pays régule les prix des traitements couverts par des mécanismes variés, tels que la comparaison internationale ou le référencement thérapeutique.

De nombreux pays ont introduit des mécanismes de régulation et de supervision de l'offre, notamment par l'introduction de quotas, par des standards de documentation et des systèmes des gestions de la qualité. Certains pays informent les prestataires et plus particulièrement les praticiens sur leur volume et leur structure d'activité, voire sur leur profil de prescription.

Bien que bon nombre de pays, dont le Luxembourg, fassent toujours état d'un système de soins seulement légèrement coordonné, la tendance générale s'oriente vers l'introduction de *disease management programs* (DMP), l'échange électronique de partage d'information en relation avec les diagnostics et les traitements, une organisation structurée et un partage de missions entre hôpitaux (généralistes et spécialisés) et aussi avec les établissements de réhabilitation ou de long séjour.

Globalement, la gouvernance du système de soins de santé et l'allocation des ressources sont renforcées, que ce soit au niveau étatique qu'au niveau des caisses de maladie assurant la couverture primaire. Ce renforcement de la gouvernance concerne aussi bien les infrastructures et l'allocation prioritaire des ressources que les modes de rémunération des hôpitaux et des médecins. Bien que certains pays optent pour de stricts budgets de santé, de nombreux pays ont fixé des objectifs budgétaires, notamment répartis suivant les différents secteurs. Le dépassement des objectifs budgétaires fixés étant souvent la règle, les conséquences en sont néanmoins très variées, aussi bien pour les assurés que pour les prestataires.

L'étude sous rubrique s'est encore dédiée à des sujets spécifiques:

- l'utilisation du *health technology assesment* est une priorité générale; bien que la mise en pratique, les moyens y affectés et l'utilisation de ces technologies varient fortement, les pays de l'OCDE se sont dotés de rares exceptions (dont le Luxembourg) de structures ou de capacités spécifiques dans ce domaine;
- la détermination de listes positives pour la prise en charge des traitements médicamenteux;
- la détermination d'objectifs de santé publique; la plupart des pays (hormis le Luxembourg) choisissent et définissent de tels objectifs dont le suivi est normalement assuré par l'Etat et/ou le Parlement;
- les droits des patients et leur implication dans le système de soins, avec une tendance générale au renforcement de ces droits.

I.4.2. Les systèmes de santé face à la crise

L'OCDE se consacre actuellement à des études en relation avec les priorités des systèmes de santé dans un contexte de rigueur budgétaire (thématique du prochain *Health review* et de la conférence ministérielle prévue pour début octobre 2010). Bien que des documents officiels ne soient pas encore disponibles, différentes conclusions peuvent déjà être anticipées.

Les systèmes de soins de santé ont prouvé dans le passé leur importance dans le développement du bien-être, dans l'établissement d'un accès équitable aux soins, dans la lutte contre la mortalité et certaines maladies, ainsi que dans le développement économique et dans la lutte contre la pauvreté et la misère. Néanmoins, la pression sur les systèmes est croissante. Les systèmes des soins engendrent des dépenses élevées, souvent supérieures au développement du PIB. Ceci est seulement justifiable si ces coûts se basent sur des choix judicieux aussi bien à un niveau individuel qu'à un niveau collectif et si les prestations du système valent les budgets engagés. Les systèmes de soins doivent donc prouver leur efficacité et il y a de nombreuses indications que leurs performances peuvent encore être améliorées.

Ceci est d'autant plus important en temps de crise, où les pressions sur tous les budgets montent et où toutes les dépenses sont passées au peigne fin par rapport à leur utilité et à leur nécessité. Le défi majeur pour les systèmes de santé est donc d'assurer à prix défendable et à long terme un accroissement de la qualité et de l'efficacité.

Afin de rééquilibrer les budgets de santé en temps de crise, des politiques à court ou à long terme peuvent être mises en place. Des mesures budgétaires ou régulatrices, incluant le contrôle de l'offre et des prix, la limitation ou le plafonnement de certaines dépenses ou le transfert de charges sur les patients, ont un effet immédiat sur la réduction des coûts. Néanmoins, ces mesures ne ciblent que le court terme et perdent souvent leur apport après une période limitée. Elles impactent d'autres objectifs des systèmes de santé, telles que l'accessibilité, l'équité et la qualité, et peuvent même mener à long terme à des effets négatifs et contreproductifs. Pour ces raisons, elles ne peuvent se justifier que si elles sont utilisées avec doigté, notamment pour assurer certains rééquilibres et pour créer une marge de manoeuvre pour des mesures à long terme.

Il existe une panoplie de nouvelles approches prometteuses visant une utilisation plus efficace des ressources à long terme. Les systèmes de soins doivent incorporer des attraits pour toutes les parties prenantes permettant d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins. Ainsi le patient, mieux informé et responsabilisé en tant qu'acteur, doit pouvoir faire des choix dans des systèmes de soins coordonnés et axés sur la prévention. Du côté de l'offre, les chantiers sont multiples, notamment la définition transparente des rôles et la coordination des différents secteurs. Une autre tendance va vers une spécialisation accrue comportant une importance spécifique donnée à la qualité et la sécurité de la prise en charge. D'autres mesures sont les politiques d'achat, les systèmes de rémunération liés à des incitations ciblées, la traçabilité et la transparence, l'utilisation des technologies numériques, la tarification des médicaments suivant leur valeur ajoutée, etc. Néanmoins, ces mesures sont souvent difficiles à réaliser parce qu'elles nécessitent des changements de mentalités, des rééquilibres et des réaffectations de ressources, des changements de priorités et la redéfinition de rôles, la mise en question d'acquis et de chasses gardées etc.

Afin que de tels processus de réforme puissent aboutir, différents prérequis sont indispensables, tels des analyses poussées et fondées, des concertations larges et ouvertes, la prise de décision politique courageuse, et surtout la conciliation de mesures à court et à long terme, i.e. des mesures de réduction de coûts équilibrées et ciblées et des réformes structurelles nécessitant parfois un investissement à court terme mais portant leur fruits à moyen terme.

I.5. Les défis du futur

Les systèmes de soins de santé rencontrent et rencontreront encore davantage dans le futur des défis majeurs, engendrant le risque de nouveaux déséquilibres dans leur financement. Sans vouloir entrer dans le détail, il y a néanmoins lieu de retenir d'un côté les changements démographiques et l'allongement des durées de vie et de l'autre côté le développement des maladies chroniques, notamment liées aux styles de vie, tels que les maladies cérébro-cardio-vasculaires, les cancers, les maladies respiratoires, l'obésité et le diabète. Ces deux tendances principales nécessitent une politique à long terme, impliquant des changements des modes de vie notamment par des mesures d'information et de prévention. Comme dans la lutte contre le tabac au cours des dernières décennies, les efforts doivent être joints dans l'action contre les maladies modernes en misant sur des concepts offensifs dans le domaine de la promotion de la santé, sur une prévention efficace et une détection précoce ainsi que sur une prise en charge de qualité englobant les éléments curatifs et réhabilitatifs.

*

II. L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SOINS DE SANTE

II.1. La prise en charge extrahospitalière

II.1.1. Les soins primaires

Le concept de „soins primaires“ (*primary care*) est porteur d'une ambition de justice sociale visant à garantir l'accès de tous à des soins de base. Cette dénomination est également utilisée pour désigner l'organisation des systèmes de soins extrahospitaliers. Les soins primaires renvoient le plus souvent aux notions de premier recours, d'accessibilité, de prise en charge holistique, de continuité et de permanence des soins en lien avec les autres secteurs. Les médecins généralistes, ainsi que les pédiatres ou les gériatres, en sont en général des acteurs essentiels bien que d'autres professionnels, notamment les infirmiers, puissent également y être impliqués.

Dans la plupart des pays européens, les réformes des systèmes de soins de santé ont porté sur un renforcement des soins primaires. Ainsi en France, la réforme du médecin traitant et du parcours de soins introduite en 2004, la reconnaissance de la médecine générale comme spécialité médicale, ainsi que la définition des soins de premiers recours par le projet de loi „Hôpital, patients, santé et territoires“ peuvent être interprétées comme témoins d'un processus de réorganisation du secteur ambulatoire selon les principes des soins primaires. Pour le Luxembourg, il est également proposé de rendre cette filière plus attrayante pour le patient par rapport à l'accès direct aux médecins spécialistes et aux polycliniques des hôpitaux, qui devrait s'adresser prioritairement aux seuls patients dont l'urgence et le type de soins nécessitent un recours au plateau technique (forcément intense) de l'hôpital.

Il est également proposé d'analyser et de préciser le fonctionnement des services extrahospitaliers. En fait, se pose la question de la collaboration des services hospitaliers avec l'extrahospitalier, avec d'un côté les divers professionnels de santé libéraux et de l'autre côté les réseaux d'aide et de soins en tant que relais majeur de ce secteur. Il s'agit de promouvoir davantage la collaboration étroite des hôpitaux avec les réseaux généralistes, le développement d'une liaison et d'un transfert coordonnés (*Brückenpflege*), les missions d'assistance, de conseil et de soutien de l'hôpital envers les prestataires extrahospitaliers, ainsi que l'harmonisation et l'unicité des tarifs, etc. En outre, le secteur extrahospitalier assure grâce à toutes ses facettes le lien entre les soins aigus du secteur hospitalier et les soins de longue durée de l'assurance dépendance. Il est proposé de créer à terme une conception extrahospitalière globale et structurée, par exemple incorporée dans une loi sur l'organisation des soins de santé ou le Code de la santé (englobant aussi la loi sur les établissements hospitaliers).

II.1.2. Le médecin référent

A travers l'introduction du choix volontaire du médecin référent, le patient pourra lui autoriser l'accès à l'ensemble de son dossier, se faire accompagner pendant la globalité de sa prise en charge et lui confier la supervision de son parcours dans le système de soins de santé, permettant ainsi d'éviter les doubles emplois, la surconsommation ou les contre-indications. Le médecin référent, qui devra notamment faire valoir son expérience et sa formation continue, se verra rémunérer le suivi régulier du dossier de soins partagé. Pour le patient, le modèle du médecin référent pourra également être rendu attrayant par une modulation de la participation de l'assuré par rapport au passage direct en polyclinique ou chez le médecin spécialiste. Ce modèle doit naturellement définir les responsabilités et les devoirs liés au statut du médecin référent afin de garantir la qualité de la prise en charge et l'accès aux soins spécialisés en cas de besoins ou d'office pour certaines spécialisations (comme p. ex. l'ophtalmologue ou le gynécologue). Les mécanismes correspondants peuvent être ancrés dans la nomenclature médicale.

Le choix de renoncer à un „gatekeeper“ et de baser l'introduction du médecin référent sur le volontariat et le partenariat avec le corps médical est motivée par une approche pragmatique de ne pas pratiquer une politique du fait accompli et par la conviction que cette conception peut faire son chemin en trouvant une adhésion aussi bien chez les médecins que chez les patients. Il appartient au dialogue entre la Caisse nationale de santé et le corps médical de promouvoir cette conception et d'en définir les latitudes dans le cadre conventionnel prévu par la loi. Il est néanmoins clair que dans une prochaine étape la position du médecin référent pourrait être renforcée dans le cadre réglementaire ou statutaire du système de soins. Ainsi, la prescription de certains médicaments sensibles ou le transfert vers certains traitements spécialisés pourraient être réservés au médecin référent, et ceci aussi bien pour des

raisons de qualité, de gestion de risques de traitements inadaptés ou de lutte contre des abus et la surconsommation de prestations des soins et/ou de médicaments.

II.1.3. Maisons médicales et policliniques

D'autres outils de promotion des soins primaires/soins de 1er recours et de la profession généraliste peuvent aussi être le soutien d'associations de médecins, éventuellement appuyés par d'autres professionnels de santé. Ainsi, il est envisagé d'allouer à terme des aides à l'investissement à des projets pilotes innovant en matière de médecine de proximité et situés dans des zones à faible densité médicale.

Les „maisons médicales“ créées en 2009 par le ministère de la Santé en coopération avec les médecins généralistes et les policliniques des établissements hospitaliers font également partie des soins de 1er recours. Le rôle et l'impact des maisons médicales instaurées à proximité des hôpitaux sont en train d'être évalués dans le cadre du fonctionnement actuel (fréquentation, pathologies, suivi des patients). Il existe une forte interaction entre les soins primaires extrahospitaliers et hospitaliers. Les policliniques sont devenues les vecteurs de développement et de recrutement primordiaux des hôpitaux. Force est de constater que ces services nécessitent cadrage et pilotage impliquant une meilleure réglementation et une standardisation de cette activité hospitalière.

II.1.4. Les soins de longue durée

Les soins de longue durée resteront un défi pour les systèmes de prise en charge des soins de santé dans les années, voire les décennies, à venir. La situation au Luxembourg se caractérise par l'existence d'une assurance dépendance couvrant la prise en charge des actes essentiels de la vie et certaines prestations spécialisées. L'assurance maladie-maternité intervient dans son chef par la prise en charge de soins aigus, de prévention ou de rééducation. Actuellement, il faut constater que ces offres ne sont pas assez coordonnées, aussi bien en ce qui concerne les modalités de prise en charge ou la coordination des services entre milieux ambulatoire, semi-stationnaire, stationnaire et hospitalier que la couverture du pays en infrastructures spécialisées et normales.

Le présent projet de loi met de façon générale un accent particulier sur les mécanismes de planification et de pilotage des filières de prise en charge. Ainsi, il est envisagé de préciser les missions des services hospitaliers de rééducation gériatrique, qui doivent intervenir de façon complémentaire et coordonnée aux offres des prestataires d'aide et de soins actifs dans le cadre de l'assurance dépendance. Le milieu hospitalier ne doit en aucun cas redevenir un lieu de simple hébergement pour des personnes dépendantes, et ceci aussi bien pour des raisons de conception d'accueil des personnes âgées que pour des raisons financières.

A l'instar de la présente réforme, il appartiendra à une prochaine révision de l'assurance dépendance de transposer les idées de filières de soins intégrées et de centres de compétences aussi au secteur du long séjour. L'objectif devra être de mieux cibler les actions des différents prestataires, de coordonner davantage les offres correspondantes et d'assurer un pilotage global de tout le secteur, aussi bien à vocation généraliste que spécialisée.

II.1.5. Les mesures de prévention

Différents rapports internationaux ont critiqué dans le passé un développement insuffisant des mesures de prévention au Luxembourg. Néanmoins, et comme l'a notamment démontré la Journée de la Santé en 2009, les mesures de prévention sont diversifiées et innovatrices. La faiblesse évoquée résulte dès lors plutôt de difficultés de coordination voire de comptabilisation des mesures de prévention initiés par le ministère de la Santé, la Caisse nationale de santé et aussi d'autres ministères et acteurs. Telle qu'exposée dans le programme gouvernemental, la réalisation de programmes de prévention restera une priorité dans les années à venir, à compléter idéalement par une documentation adéquate des résultats et de l'efficacité de ces politiques.

Dans le cadre de la présente réforme et en dehors des dispositions en relation aux soins primaires et au médecin référent, la prévention est renforcée par des mesures directes et indirectes. Les attributions d'acteur actif dans le développement de programmes de prévention de la Caisse nationale de santé sont renforcées.

II.2. Les établissements hospitaliers

II.2.1. *La planification hospitalière*

Notre système de soins de santé se caractérise par une forte orientation sur la prise en charge hospitalière. Ainsi environ 50% des moyens pour financer les soins de santé de l'assurance maladie-maternité sont affectés au financement des hôpitaux. Ce chiffre n'inclut pas:

- les honoraires des médecins hospitaliers
- 80% du financement des infrastructures hospitalières incombant via le Fonds des infrastructures hospitalières à l'Etat, (20% de l'amortissement de ces infrastructures et leur fonctionnement sont à charge de l'assurance maladie-maternité.)

Ces pourcentages vont de pair avec un sous-développement de l'offre ambulatoire et extrahospitalière.

Sur base du programme gouvernemental, il est prévu de maintenir la politique d'investissement actuelle dans les infrastructures hospitalière. Naturellement, les recherches d'efficience et une concentration sur l'utile et le nécessaire doivent aussi s'appliquer dans ce domaine. Les règles d'appréciation des différents projets seront revues à la lumière de la politique sanitaire définie. Les projets d'établissements spécifiques doivent s'intégrer dans la planification définie au niveau national. Celle-ci doit se libérer des indicateurs principaux actuels qui s'agencent purement autour du nombre de lits et de services et qui stimulent ainsi une vaine concurrence entre les cinq établissements hospitaliers à vocation généraliste.

Au cours des quinze dernières années, les efforts se sont concentrés sur la fusion d'établissements hospitaliers et la réalisation d'un programme de rénovation et de construction ambitieux, ayant en fin de compte mené à une croissance soutenue de l'activité médicale hospitalière et des coûts y afférents. Face à des besoins en évolution et au progrès médical constant, la planification des infrastructures hospitalières doit être menée en continu, en s'appuyant sur des analyses et des études quinquennales approfondies. Dans le même ordre d'idées esquissé ci-avant, il s'agira de définir en amont le cahier de charges du développement futur du secteur hospitalier et des frais d'exploitation y liés. Une conception affirmée de filières de soins intégrées devra constituer la base de toute planification sanitaire à moyen et à long terme, et plus spécifiquement de la planification des infrastructures hospitalières et des plateaux techniques. Le processus d'autorisation et de financement des projets infrastructurels hospitaliers doit être revu, afin d'introduire la notion d'une planification prospective et d'incorporer impérativement des études d'impact sur le fonctionnement global du système de santé.

La planification hospitalière doit aussi davantage intégrer la coopération transfrontalière avec nos pays avoisinants, augmentant ainsi le poids de l'idée de la Grande région. A titre d'exemple, des projets ambitieux sont poursuivis dans la Lorraine, aussi bien en ce qui concerne le nouveau centre hospitalier prévu entre Metz et Thionville qu'en relation avec la localisation de centres de recherche universitaires dans la région. La Sarre et la Rhénanie-Palatinat offrent également un potentiel de synergie considérable. Il est clair que le Luxembourg ne doit et ne peut pas viser à terme une politique de la santé isolationniste, mais doit avec des infrastructures compétentes et une offre de soins de qualité s'investir dans une collaboration ouverte avec les autres pôles hospitaliers de la région.

Le projet de loi ne prévoit pas de changement en matière des infrastructures hospitalières. A noter que le centre d'accueil pour personnes en fin de vie, qui a été développé sur initiative de l'a.s.b.l. Omega 90 et par le soutien du ministère de la Famille, va être intégré sur base d'une demande de cette association dans le plan hospitalier et être financé par la voie du budget hospitalier.

II.2.2. *L'organisation commune de certaines activités hospitalières*

Au cours des dernières années, les initiatives n'ont pas manqué pour inciter les établissements hospitaliers à trouver une démarche commune aussi bien dans des domaines de l'activité médicale que de l'intendance administrative et logistique. Ces initiatives ont certes mené, en dehors des différentes fusions régionales, à des projets communs ou des collaborations ponctuelles, mais n'ont pas abouti à une approche voire une gouvernance commune, telles qu'elles semblent logiques pour un petit pays présentant un secteur hospitalier très bien doté mais qui se résume toutefois à cinq établissements généraux de taille moyenne à un niveau européen ne se différenciant pas fondamentalement dans leur

offre ou leurs spécialisations. Les établissements hospitaliers se considèrent encore trop souvent comme des entreprises complètement autonomes se développant dans un cadre concurrentiel les unes par rapport aux autres. Considérant que quasi-l'intégralité du financement des infrastructures et des frais de fonctionnement est assurée soit directement par l'Etat soit par les cotisations sociales, une organisation commune du secteur hospitalier impliquant spécialisation, partage des tâches, collaboration et coordination s'impose.

Afin de dégager un gain d'efficacité notable, la réforme vise à institutionnaliser un cadre de fonctionnement commun prioritairement dans le domaine du support rendant la collaboration, la concertation et la coordination inévitables voire obligatoires. Sur une liste non limitative de domaines et d'activités comportant un grand potentiel d'économies accompagnée dans la plupart des cas d'une amélioration de la qualité, figurent les laboratoires hospitaliers, les pharmacies hospitalières, la stérilisation, l'informatique, les achats communs, certains postes de l'*overhead* administratif et logistique au niveau des établissements et de l'Entente des hôpitaux luxembourgeois, etc.

Il n'appartiendra pas à la réforme d'entériner les démarches communes dans les domaines d'activités cités. Néanmoins, les textes législatifs doivent prévoir les mécanismes de décision et de transferts de financement correspondants. Une fédération des établissements hospitaliers, prenant par exemple la forme juridique d'un ou de plusieurs Groupements d'intérêt économique (GIE) sera l'organe de gestion et l'interlocuteur unique pour les domaines de cogestion retenus. Aussi bien le Code de la sécurité sociale que la loi sur les établissements hospitaliers seront amendés dans le sens de permettre voire d'imposer de telles formes d'organisation fédérées ou mutualisées.

II.2.3. Les centres de compétences

Une logique de coordination nationale doit aussi être appliquée sous certaines conditions au domaine médical. La structure actuelle du secteur hospitalier avec ses offres régionales et ses spécificités peut à la limite être reconnue comme un fait historique, de sorte qu'une fusion pure et simple ne semble ni réalisable ni indiquée. Toutefois, toute multiplication de services doit être évitée et ne devra être autorisée que sur base de critères rigoureux.

Le développement de pôles de compétence réunissant à l'instar de l'INCCI (Institut national de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle), du Centre de radiothérapie François Baclesse ou du Centre de réadaptation fonctionnelle Rehazenter une concentration des ressources et une masse critique des cas à traiter doit être réalisable sous une forme similaire ou selon d'autres variantes dans d'autres domaines tels que les accidents cérébro-vasculaires (AVC), la neurochirurgie ou certaines spécialisations de la cancérologie. Ceci implique aussi que toutes les interventions ne pourront plus être réalisées partout, que chaque hôpital ou chaque médecin hospitalier ne peuvent plus réaliser à leur guise les interventions. Cette orientation prioritaire des interventions nécessite aussi bien une adaptation de la loi hospitalière que du plan hospitalier y afférent, de l'attribution et de l'autorisation plus sélective de services hospitaliers, de la nomenclature médicale, du financement des infrastructures et du fonctionnement hospitalier et encore de la mobilité des médecins hospitaliers.

Dans le même souci de l'amélioration de la qualité et de l'efficacité de notre système de soins de santé, la conception de filières de soins intégrées et planifiées sera ancrée dans la loi. Ces filières de soins intégrées impliquent un enchaînement standardisé et planifié des services et des prestations médicales, englobant les soins primaires, le milieu extrahospitalier et un ou plusieurs services médicaux et centres de compétences.

II.2.4. La chirurgie ambulatoire

En comparaison internationale, il ressort que la chirurgie ambulatoire est sous-développée au Luxembourg et que beaucoup d'interventions chirurgicales entraînent des périodes d'hospitalisation trop longues et inutiles, voire contre-indiquées. Le développement de la chirurgie ambulatoire doit faire l'objet d'une approche globale et doit être lié à certaines conditions telles que la réalisation de l'intervention chirurgicale en établissement hospitalier, l'adaptation de la nomenclature, la standardisation des processus de prise en charge et l'adaptation de l'infrastructure hospitalière. Et *last but not least*, un tel changement ne peut pas s'ajouter tel quel au système de prise en charge stationnaire, mais doit bien mener à une reconversion de ressources et de moyens existants, rendant l'opération financièrement pour le moins neutre.

II.2.5. Les normes hospitalières

La loi hospitalière prévoit dans son article 10 la possibilité de la fixation de normes pour le secteur hospitalier. Les normes relatives aux infrastructures ont été fixées dans les lois en vue de la construction ou de la rénovation des différents établissements hospitaliers et celles relatives aux dotations en personnel sont fixées en relation à l'activité à travers les enquêtes PRN (*Projet de recherche en nursing*) dans les différents hôpitaux. Ainsi, et à de rares exceptions près, ledit article est resté lettre morte.

La réforme vise à élargir le périmètre d'action de cet article. Considérant que le Luxembourg peut faire état d'une bonne qualité structurelle de son milieu hospitalier (infrastructures, dotations, qualifications, ...), il y a lieu de se concentrer suivant les concepts basiques de développement de la qualité, sur l'amélioration de la qualité procédurale (standards de la prise en charge, processus planifiés et coordonnés, gestion des risques, ...) et idéalement dans une prochaine étape sur la qualité des résultats. L'accent sera mis sur les normes procédurales à travers le ralliement à des références internationales et plus particulièrement à travers l'adoption des standards de documentation internationalement reconnus.

II.2.6. Les organismes gestionnaires

La gestion des différents établissements hospitaliers est assurée par les organismes gestionnaires. Force est de constater que les régimes d'organisation et de fonctionnement de ces organismes se sont harmonisés suite aux différentes restructurations et fusions. Nonobstant les différentes formes de personnes morales utilisées (établissement unique, fondation, ...) la responsabilité est classiquement répartie entre un Conseil d'administration et une direction. Bien que certaines interrogations ont émergé suite à des cas juridiques récents, le projet de loi ne prévoit pas de révision de l'organisation interne des établissements hospitaliers par rapport à ce qui est déjà prévu actuellement dans la loi hospitalière. Il est clair que la gestion d'établissements hospitaliers engendre une grande responsabilité dont chaque acteur doit être pleinement conscient. Il appartient au Conseil d'administration de définir l'orientation essentielle de son établissement et d'assurer une surveillance et une maîtrise des activités qui s'y réalisent. Pour y répondre, le Conseil d'administration doit vérifier que des mesures suffisantes sont mises en place dans les différents domaines concernés: activités médicales, ressources humaines, finances, infrastructures, réglementation interne, conformité aux dispositions légales et réglementaires, contrôle interne et gestion des risques, etc. Dans le cadre de gouvernance, la direction met en oeuvre les lignes directrices et les missions définies par l'organisme gestionnaire. Elle gère les activités journalières en recourant à des techniques de gestion adaptées.

II.3. L'activité médicale

II.3.1. Le statut du médecin

Le pays a besoin d'un corps médical bien formé, motivé et dont les honoraires correspondent au niveau d'études et au risque de l'exercice libéral de la profession. Alors que la grande majorité des médecins exercent leur art correctement et avec dévouement, il ne faut pas fermer les yeux face à certaines déviances malsaines. L'objectif primaire de la réforme n'est pas de mettre globalement en question les revenus du corps médical, bien que des rééquilibrages et des redressements entre et au sein de certaines spécialités soient inévitables. Il faut se rendre à l'évidence que l'action médicale se développe dans un cadre fonctionnel complexe, hautement technisé et durablement confronté à des contraintes économiques. La recherche d'efficacité, le développement de la qualité et une mobilité transfrontalière croissante (aussi bien des patients que des prestataires) engendrent l'obligation de rechercher des synergies et d'exiger une mise en réseau ainsi qu'un pilotage et une coordination de l'offre de soins à un niveau global. Exercice libéral de la médecine et liberté thérapeutique ne doivent pas être compris à l'absolu mais être considérés dans un concept intégré et coordonné.

En découle aussi une adaptation du statut du médecin, précisant les différentes formes d'engagement (libéral, salariat, capitation, vacation ...) et renforçant notamment la filière généraliste en tant que spécialité à part entière dans notre système de soins. De même, les modalités de facturation des actes et services médicaux doivent être rendues plus transparentes et complétées, notamment par l'adaptation de la nomenclature et la révision de certaines zones grises, par la documentation du prestataire individuel et du lieu de prestation.

Tout comme pour les autres prestataires de soins, la convention négociée et signée entre les médecins et la Caisse nationale de santé reste la base du fonctionnement contractuel entre partenaires égaux. Les dispositions devant obligatoirement être repris dans cette convention ont été adaptées aux visées du projet de réforme et la procédure de médiation a été révisée, tout en renonçant à un recours à la voie réglementaire.

En matière de couverture d'erreurs médicales et de risques de dommages pour le patient, l'Association des médecins et médecins-dentistes plaide pour l'introduction un système d'indemnisation du patient sans preuve de faute (système *No fault*) sur base du modèle belge (qui n'a néanmoins pas été mis en vigueur et qui vient d'être remis en question chez nos voisins). Elle se réfère aux difficultés des victimes de rapporter la preuve tant de la faute que du lien causal entre le dommage et la faute, à des procédures longues et onéreuses, à l'absence d'enregistrement systématique de l'échec médical, au risque d'un comportement médical défensif et à des primes d'assurances prohibitives. Au Luxembourg, un tel système pourrait être mis en place à condition qu'une documentation exhaustive de l'activité médicale soit instituée et accompagnée d'une régulation stricte de cette activité, comme c'est le cas dans les pays où le système *No fault* a été considéré. Dans notre système de santé actuel, il est plutôt indiqué de se diriger dans une première étape vers la voie de la médiation médicale, qui est actuellement analysée par le ministère de la Santé dans le cadre du projet de loi de la protection des droits du patient.

II.3.2. L'agrément en milieu hospitalier

Il existe certainement un besoin de régulation en matière d'accès à l'exercice médical, afin d'assurer aussi bien une couverture adéquate et équilibrée des besoins de la population (démographie, soins primaires, spécialités, ...) qu'un pilotage de l'offre. Dans le contexte européen, la liberté d'établissement et le droit d'exercer sont assurés. A un niveau subsidiaire, le conventionnement obligatoire auprès de la Caisse nationale de santé ouvrant l'accès à la prise en charge par l'assurance maladie-maternité ne doit pas être un automatisme ou une simple formalité, mais être encadré d'une démarche structurée. Certains critères, comme notamment la continuité des soins, l'obligation de participer aux gardes ou la documentation de la formation continue, pourront être progressivement introduits afin de déterminer le ou les champs d'activité médicale bénéficiant du conventionnement.

Pour les médecins hospitaliers, l'agrément par un établissement hospitalier devra suivre la planification globale à instaurer pour ce secteur, incluant l'introduction de centres de compétences et l'attribution plus sélective de services. Ainsi, le nombre de médecins agréés par spécialité et par hôpital sera prédéfini dans le cadre du plan hospitalier. Ce cadrage de l'évolution du nombre de médecins hospitaliers agréés ne doit pas être considéré comme un abaissement de l'offre, mais plutôt comme un élément stabilisateur du système destiné à cadrer un développement excessif et trop souvent concurrentiel de l'offre médicale des différents établissements hospitaliers. En fait, le développement de notre système de soins de santé vers des centres de compétences et des filières de soins intégrées nécessite une coordination minimale de l'offre en services et spécialités médicales.

En outre, le contrat d'agrément entre le médecin hospitalier et l'hôpital devra davantage régler les droits mais aussi les devoirs des deux parties. Ainsi, le statut du médecin hospitalier est précisé dans la loi, notamment en ce qui concerne son indépendance en matière médicale, mais aussi le respect de certains standards ou règles internes, qui doivent régir le fonctionnement d'institutions gérant plusieurs centaines de lits, accueillant un corps médical correspondant et employant plusieurs centaines de professionnels de la santé.

II.3.3. Le médecin coordinateur

Dans le même ordre d'idées, l'introduction d'un médecin coordinateur, sujet de réflexion commun de l'Association des médecins et médecins-dentistes et de l'Entente des hôpitaux luxembourgeois, ne pourra pas se limiter à la mise à disposition d'un interlocuteur informel, mais devra aboutir dans une certaine mesure à un lien de coordination et de guidance formalisé. Ainsi, les médecins coordinateurs devraient être désignés par l'organisme gestionnaire et référer au directeur médical de l'établissement hospitalier.

II.3.4. Le conseil médical

Le conseil médical joue le rôle essentiel d'organe fédérateur des médecins agréés par l'établissement hospitalier. Considérant que la gouvernance des établissements hospitaliers est revue dans des points

essentiels (médecin coordinateur, agrément, filières de soins intégrées, ...) à un niveau individuel mais aussi pour tout le secteur, il est important de faire évoluer les missions du Conseil médical dans la pratique et de l'associer à la prise de décision et de responsabilité interne. Ainsi, le Conseil médical devrait être impliqué davantage dans le développement de la qualité ou dans l'amélioration de la collaboration en interne et en externe. Il devrait en outre être un partenaire constructif pour la détection des faiblesses internes (p. ex. organisation interne) ou externes (p. ex. comparaison et collaboration avec des tiers) de son établissement hospitalier.

II.3.5. Les bonnes pratiques médicales

La notion de „bonnes pratiques médicales“ représente une adaptation des „références médicales“ déjà inscrites dans la loi. L'idée de base reste inchangée, c'est-à-dire d'assurer par des formes de prise en charge standardisées, une médecine de qualité et une efficacité de coûts. La première difficulté qui se pose est l'élaboration des bonnes pratiques médicales. Jusqu'à présent une seule référence médicale a été retenue par la Caisse nationale de santé, et ceci dans le domaine des prestations en espèces. Tenant compte de la taille du pays et de l'absence d'une compétence universitaire reconnue dans ce domaine, il est clair qu'un ralliement (ou au moins une inspiration conséquente) aux standards élaborés dans d'autres pays s'impose. Dans le futur, la mission d'appuyer cette démarche reviendra au Conseil scientifique dans le domaine de la santé, qui s'est beaucoup investi dans ces missions au cours des dernières années. Néanmoins, il faut constater que son impact sur les prescripteurs est resté très faible. L'approche choisie revient donc aussi à une valorisation de l'idée de base des bonnes pratiques médicales. A cette fin le Conseil scientifique continuera à jouer un rôle important dans l'élaboration et la promotion des bonnes pratiques médicales et sera activement appuyé dans cette démarche par la nouvelle Cellule d'expertise médicale, dont ce sera la deuxième mission prioritaire en dehors de ses attributions en matière de nomenclature.

La difficulté principale consiste néanmoins dans la question du statut à attribuer aux bonnes pratiques médicales, à savoir si ces références sont des recommandations ou des directives à respecter par les prescripteurs respectivement les prestataires. Les médecins insistent sur le caractère de recommandation et invoquent des raisons de responsabilité juridique, de liberté thérapeutique ou encore de didactique envers leurs confrères. En fait, la raison principale de cette opposition est plutôt le risque du lien à l'opposabilité et à la prise en charge par l'assurance maladie-maternité. Le projet de loi prévoit prioritairement de mettre l'accent sur l'élaboration de ces références médicales et sur leur reconnaissance, et de se contenter pour le moment du caractère de recommandation. Il doit néanmoins être clair que les bonnes pratiques médicales doivent être la base pour la détermination de la rémunération des actes de la nomenclature correspondante. En outre, l'alternative de rendre ces bonnes pratiques médicales contraignantes et opposables doit rester ouverte pour le futur.

II.4. La documentation des prestations de soins

II.4.1. Les standards de documentation

Les données en relation avec notre système de soins de santé actuellement disponibles sont en premier lieu celles utilisées dans le cadre des procédures de rémunération des prestataires de soins de santé, soit par le système du tiers payant, soit par le système du remboursement des patients par l'assurance maladie-maternité. En outre, les services du ministère de la Santé gèrent de nombreux fichiers de données sur l'état de santé des résidents. D'autres sources d'informations intéressantes sont le Contrôle médical de la sécurité sociale, les services de médecine au travail, ainsi que les données liées à l'évaluation de la dépendance. Les données administratives, liées à la facturation des soins de santé, concernent notamment:

- les factures des hôpitaux portant sur les unités d'oeuvres dont ont bénéficié les patients lors de leur séjour ou traitement à l'hôpital,
- les mémoires d'honoraires et factures des professionnels de santé (médecins, médecins-dentistes, kinésithérapeutes, infirmiers, ...) et autres prestataires de services,
- la codification par ICD10 à trois positions (*International classification of diseases*).

Afin de rendre ces données mieux exploitables et afin de les utiliser en vue de la pilotabilité globale du système de soins de santé, il est nécessaire d'améliorer leur exactitude, leur fiabilité, leur précision

et leur cohérence. De plus, le Contrôle médical de la sécurité sociale doit être en mesure de les apprécier par rapport aux exigences d'une médecine „basée sur les faits“ (*evidence based medicine*). Une documentation adéquate des actions permettra également de valider les atouts du système de santé luxembourgeois et de le soumettre plus objectivement aux comparaisons internationales. Il faut donc se donner les moyens de recueillir des données essentielles qui manquent actuellement, revoir et améliorer les processus de codification des données et introduire de façon systémique des processus de validation des données recueillies.

Complémentairement aux modalités de facturation et d'indemnisation des prestations de santé, il s'agit d'affiner certaines règles actuelles:

- revoir et compléter la classification du type (urgence, soins programmés, ...) et du mode (ambulatoire, stationnaire, ...) de prise en charge,
- identifier le prescripteur ou prestataire individuel, et non pas seulement le groupement de prestataires,
- identifier le lieu de l'intervention: polyclinique, service hospitalier, cabinet médical ...,
- prévoir l'horodatage des éléments de la prise en charge permettant de déterminer les séquences de la prise en charge,
- codifier les diagnostics principaux et secondaires suivant la classification ICD10 sur quatre positions et plus dans des domaines spécifiques (ex. oncologie) et ajouter le motif de prise en charge (symptômes ou codes diagnostiques ICD10),
- codifier les procédures médicales suivant une classification reconnue au niveau international et permettant de réaliser des comparaisons avec d'autres pays.

Actuellement la transmission et la circulation des données sont réglées sur base conventionnelle entre prestataires et Caisse nationale de santé (art. 64 CSS). Au vu de la complexité croissante, de la diversité des intervenants et aussi des obligations en matière de protection des données, il est prévu de fixer par voie légale et réglementaire les responsabilités de chacun (médecins, hôpitaux et autres prestataires) ainsi que les standards et références communs. En outre, les dispositions correspondantes, tout comme celles en relation au dossier de soins partagé doivent s'appliquer aussi bien au secteur hospitalier qu'extrahospitalier.

II.4.2. Le développement de la qualité

A côté des aspects de structure (infrastructures, équipements, dotation en personnel, formation, ...) et les aspects procéduraux (normes, processus et procédures, organisation interne, ...), toute politique de développement de la qualité doit viser prioritairement les résultats sur base d'indicateurs concrets de performance et de qualité. Une telle approche est seulement réalisable sur base de données complètes et validées.

Aujourd'hui beaucoup de données sont déjà disponibles et offrent un potentiel considérable de résultats révélateurs. A titre d'exemple, les données administratives collectées notamment par la Caisse nationale de santé ne sont pas seulement intéressantes du point de vue financier mais donnent des indications importantes en relation avec la qualité. Des données établies sur base de la méthodologie QSR (*Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten*), utilisée et demandée de plus en plus par les gestionnaires hospitaliers, peuvent donner à tous les acteurs des informations fondées sur la qualité et l'efficacité allemande de la prise en charge médicale hospitalière.

II.4.3. Le dossier de soins partagé

A un niveau global, il s'agira de parvenir à une meilleure coordination entre les différentes institutions gestionnaires d'informations au sujet du patient. Un tel réseau permettra non seulement une meilleure évaluation et une meilleure pilotabilité globale du système de soins de santé, mais surtout une meilleure qualité de la prise en charge par un partage et une meilleure utilisation d'informations disponibles au moyen du dossier de soins partagé. Le dossier de soins partagé devrait en effet regrouper et mettre à disposition des professionnels de santé une documentation utile et pertinente, afin de favoriser la sécurité, la continuité des soins et de permettre d'apporter progressivement une meilleure coordination des soins apportés aux patients.

Après la phase pilote, il est proposé d'activer d'office le dossier de soins partagé pour tout patient qui n'a pas signalé son opposition. Il restera toutefois loisible au patient de s'opposer à tout moment

au partage de données le concernant, soit complètement (opt-out), soit en partie (masquage). Les données existantes pourront cependant être accédées par les prestataires qui les ont produites.

Le dossier de soins partagé n'est pas un dossier patient unique, vu qu'il semble techniquement et juridiquement indiqué de ne pas opter pour une telle centralisation absolue. Sous réserve d'opposition du patient à son activation, il s'agit plutôt d'une documentation de base partagée, fonctionnant suivant des standards communs reconnus et qui est interopérable avec les dossiers existants au niveau des secteurs hospitalier et extrahospitalier. Le dossier de soins partagé ne se substitue pas à la documentation créée actuellement par les prestataires de soins qui continueront à gérer leur documentation dans leur dossier professionnel ou institutionnel.

Le patient, son médecin référent, les médecins traitants, ainsi que les autres intervenants impliqués dans la prise en charge pourront, selon les autorisations dont ils disposent, accéder à et interagir avec ce dossier. Le patient pourra s'opposer à l'activation du dossier de soins partagé. Il pourra également rendre indisponible au partage l'information publiée dans son dossier de soins partagé. Il devrait toutefois le cas échéant être tenu informé des risques inhérents à la non-divulgence d'informations importantes dans le contexte d'une prise en charge médicale.

Quelque soit le statut du dossier de soins partagé, le prestataire gardera toujours un accès à la documentation publiée dont il est l'auteur.

Afin de favoriser son implication et sa responsabilisation pour le maintien de sa santé, la mise en place d'un espace patient est également visée. Le patient pourrait ainsi à terme avoir la possibilité d'ajouter certaines informations, comme par exemple:

- déclaration de don d'organes;
- certaines auto-observations: ex: tension artérielle, diabète, douleurs ...;
- information sur l'adhérence à un traitement.

Le dossier de soins partagé a une visée double:

- contribuer en premier lieu à la qualité de la prise en charge en fournissant un accès aux informations importantes en relation avec les traitements dispensés et en mettant à la disposition des intervenants dans les soins du patient (et plus particulièrement du médecin référent) les informations nécessaires pour un traitement rapide et adapté, en évitant la sur-médication et les contre-indications;
- contribuer à des économies substantielles, notamment en mettant à disposition du corps médical un outil permettant d'éviter des actes inadaptés, inutiles ou redondants (p. ex. en mettant à disposition un accès facile aux résultats d'analyses de biologie médicale et d'imagerie médicale déjà disponibles).

Le dossier de soins partagé pourrait intégrer partie des réflexions menées entre la Caisse nationale de santé et l'Association des médecins et médecins dentistes au sujet de la mise en place du DMG, dont la mise en route pourrait être envisagée sous une conception axée sur ce nouveau support électronique.

La mise en place d'un tel dossier constitue un élément de modernisation important du système de santé et de la sécurité sociale au Luxembourg. Même s'il y a unanimité sur les avantages de son implémentation progressive, il faut être conscient que ceci représente un projet d'envergure s'étalant sur de nombreuses années. Les difficultés sont nombreuses aussi bien d'ordre technique que juridique et métier.

Tous les pays qui ont entamé une démarche comparable ont dû se rendre compte de la complexité de la tâche. Toutefois des projets régionaux intéressants pouvant servir de modèle pour le Luxembourg ont été réalisés en Europe. Les expériences régionales à l'étranger sont globalement positives, montrent cependant aussi que les économies escomptées ne peuvent être réalisées qu'à long terme et après des investissements conséquents.

Le présent projet de loi propose de rassembler dans le Code de la sécurité sociale les dispositions nécessaires à l'implémentation pratique du dossier de soins partagé, notamment en ce qui concerne la structure du dossier, son champ d'application, les dispositions liant les différents prestataires et le partage des données. De l'autre côté, la mission de son élaboration et de son implémentation progressive, et par conséquent la fédération des compétences et des ressources est confiée à l'Agence décrite ci-après.

Les dispositions du futur projet de loi relatif aux droits et obligations du patient préciseront certains aspects, également applicables dans le contexte du dossier de soins partagé.

II.4.4. Le partage des données

Un élément central en vue de la réalisation d'un échange et partage structuré de données relatives à la santé du patient réside dans une approche coordonnée de tous les acteurs en matière de développement et de gestion de l'outil informatique dans le domaine de la santé: définition des contenus à échanger et partager, des modèles de données y afférents et des référentiels d'interopérabilité tant au niveau technique que syntaxique et sémantique.

Des projets sectoriels communs se développent notamment dans le secteur hospitalier. Même si depuis un certain temps des efforts de coordination et de convergence se concrétisent, les faiblesses actuelles dans ce domaine sont néanmoins manifestes:

- des compétences et responsabilités claires n'ont pas été établies en la matière;
- il n'existe pas de plateforme d'échange et de partage, ni de référentiels d'interopérabilité basés sur des normes internationalement reconnues;
- différentes initiatives existent, telles que HealthNet et e-Santé, mais n'ont eu ni un mandat clair, ni les moyens nécessaires pour développer de façon durable l'infrastructure et les référentiels d'interopérabilité requis;
- le financement des systèmes d'information en santé se fait sans référentiel commun et les budgets sont gérés de façon séparée par les établissements hospitaliers, les cabinets, les pharmacies, les laboratoires et autres prestataires: ceci n'est pas favorable à un choix coordonné d'outils de façon à en garantir l'interopérabilité.

A l'instar des pays avoisinants, le développement, la coordination et le pilotage d'une stratégie informatique doivent prendre forme. Il n'est néanmoins pas prévu de créer une administration spécifique pour ce domaine, mais de confier cette responsabilité à un groupement rassemblant les acteurs centraux dans ce domaine, i.e. dont l'Etat, la Caisse nationale de santé, les médecins, les hôpitaux, mais aussi des représentants de patients. Etant donné le groupement d'intérêt économique (G.I.E.) „HealthNet“, actuellement en charge de l'infrastructure de transmission de données entre les hôpitaux, il est proposé que la mission d'une telle Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé puisse lui être confiée. Après révision des statuts, de la gouvernance, de son fonctionnement, de la dénomination et des moyens à sa disposition, il devrait notamment reprendre le développement de la plateforme d'échange des données partagées (notamment sur base du programme e-Santé), définir les standards correspondants et développer un schéma directeur pour les années à venir, qui devrait lier tous les acteurs dans leurs démarches respectives. Le financement de cette Agence reviendrait à la Caisse nationale de santé et à l'Etat. Il est également prévu d'effectuer à terme des transferts de budgets et de réaliser des économies d'échelle par une utilisation coordonnée des ressources disponibles.

Si le partage de données de santé entre un nombre croissant d'acteurs du système de santé comporte des plus-values reconnues, la mise en place de solutions „e-santé“ doit s'accompagner de mesures adéquates pour garantir la protection des données personnelles qui dès lors doit être une préoccupation constante de l'Agence. Les questions touchant la protection des données personnelles devront trouver une réponse en étroite collaboration avec la Commission nationale pour la protection des données (CNPD).

*

III. LE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTE

III.1. La rémunération des prestations de soins

III.1.1. Le conventionnement obligatoire

Le conventionnement obligatoire est une spécificité du système de soins luxembourgeois, dont l'objectif est d'éviter dans la mesure du possible la commercialisation de l'offre de soins et une médecine à deux vitesses. Ce système a pu assurer un accès égal de la population couverte par l'assurance maladie-maternité à des soins de qualité et ceci sans distinction du revenu. Pour les prestataires de soins, le conventionnement obligatoire offre également des valeurs sûres telles que l'automatisme du conventionnement et l'opposabilité directe et quasi sans limites des prestations fournies et prescrites, ainsi qu'une patientèle stable.

Conformément au programme gouvernemental, il n'est pas prévu de mettre en question le conventionnement obligatoire des médecins. D'aucuns plaident de façon plus ou moins ouverte pour un déconventionnement au moins partiel, en argumentant que ceci répondrait à une attente des assurés et pourrait amener des moyens financiers supplémentaires dans le système de soins. Pour les patients, et sans répéter les arguments déjà avancés, une telle démarche reviendrait à terme à une offre de soins „de base“ supportée de façon solidaire par les partenaires sociaux et une offre „privée“ s'adressant de façon prioritaire à ceux qui peuvent se la permettre. Certes, la libéralisation de l'offre de soins ferait l'affaire de certains acteurs, mais de nombreux prestataires regretteraient rapidement les avantages et garanties du système actuel. Plus spécialement les établissements hospitaliers luxembourgeois, logés tous à la même enseigne financière à un niveau frayant toute concurrence au niveau européen, se verraient vite redifférenciés entre public et privé.

III.1.2. La nomenclature médicale

Un élément central devant suivre la réforme consiste dans l'introduction d'une nouvelle nomenclature médicale. La nomenclature actuelle affiche de nombreuses faiblesses, notamment de structuration, de cohérence et de complétude. En fait, depuis la réforme décidée en 1992, la nomenclature luxembourgeoise a été complétée progressivement, mais sans lien manifeste et rationnel avec une base scientifique reconnue. En outre, la Commission de nomenclature n'avait ni les moyens ni les outils adaptés afin d'assurer ses missions de plus en plus complexes. Il est recommandé d'adopter une nomenclature de référence d'un pays étranger, où les moyens d'adaptation et d'analyse de la nomenclature sont affirmés et scientifiquement accompagnés. La proposition est d'adopter progressivement la Classification commune des actes médicaux (CCAM), élaborée en France, qui présente également l'avantage de fournir une classification des procédures indispensable à des fins de documentation des actes fournis. La nomenclature doit plus spécifiquement permettre une prise en compte de la durée de l'acte, de l'effort et de la technicité y relative ainsi que de la qualification et des circonstances de prestation.

La réforme rompra également avec le principe suivant lequel tout médecin peut poser tous les actes dans n'importe quel service hospitalier. Ce principe n'est plus tenable ni du point d'une bonne pratique médicale, ni d'une spécialisation et d'une coordination appropriées des intervenants, ni d'une concentration des ressources pour obtenir des masses critiques reconnues. Sauf cas d'urgences, un médecin pourra seulement poser les actes pour lesquels il peut faire valoir la formation et la pratique nécessaire et à condition de l'effectuer dans des conditions adaptées.

La nouvelle nomenclature devra également permettre d'introduire un pilotage par le biais d'incitations spécifiques pour certains domaines prioritaires tels que la chirurgie ambulatoire, la promotion de la filière des soins primaires ou l'application volontaire du tiers payant. Dans le même ordre d'idées, des incitants négatifs pourront être recadrés, dont notamment le facteur de majoration des actes médicaux pour les patients admis en première classe. Même si cette majoration n'est actuellement pas à charge de l'assurance maladie-maternité (mais de la Caisse médico-chirurgicale mutualiste (CMCM)), elle incite néanmoins à des hospitalisations dépassant l'utile et le nécessaire. Il y a lieu de préciser que cette mesure ne mène ni à une abolition directe et absolue de la facturation du complément de première classe, ni à la coupure pure et simple d'une partie substantielle du revenu de certains médecins. Il s'agit plutôt d'abolir le référencement direct du „lit hospitalier“ qui n'est pas approprié pour justifier des honoraires majorés. Le projet de loi prévoit l'assimilation de cette disposition, qui continuera à ce stade à rester inscrite dans la convention entre l'Association des médecins et médecins-dentistes et la Caisse nationale de santé, à une convenance personnelle et ouvre la voie à de telles dispositions aussi bien en milieu hospitalier qu'ambulatoire.

L'introduction d'une nouvelle nomenclature doit en principe rester une opération financièrement neutre. Elle ne devra ni générer une activité médicale supplémentaire excessive, ni conduire à une réduction globale des revenus du corps médical. Par contre, des redistributions entre les différentes spécialités médicales seront possibles, voire s'imposent, vu les distorsions actuelles. Des économies pourront être réalisées en redressant certaines tarifications manifestement exagérées, en luttant contre les abus ou encore en abolissant la tarification par analogie prévue dans le Code de la sécurité sociale et pratiquée couramment pour compenser les déficiences actuelles de la nomenclature. En outre, l'automatisme du „vase communicant“ prévu à l'article 65, alinéa 11 du Code de la sécurité sociale doit être adapté.

Le but primaire de la réforme de la nomenclature est d'assurer plus de transparence et d'efficience ainsi qu'un gain de qualité par rapport à la situation actuelle.

III.1.3. Les professionnels de santé

Il va de soi qu'il n'y a pas seulement la nomenclature des médecins à réformer. Toutes les nomenclatures existantes, notamment celles des laboratoires d'analyses biomédicales et de certaines professions exerçant à titre libéral devraient être revues de façon critique, afin de tenir notamment compte des frais de production et de dispensation effectifs. Il faut constater que les actes et prestations réalisés par ces différents types de prestataires augmentent de façon disproportionnée. Afin de canaliser cette tendance, qui est notamment due à un élargissement de l'offre et aux pratiques de prescription de ces actes par le corps médical, et d'assurer une maîtrise minimale des répercussions sur l'assurance maladie-maternité, différentes mesures peuvent être envisagées comme p. ex. l'établissement de profils des médecins prescripteurs et des mesures de sensibilisation et de contrôle à leur égard.

III.1.4. La prise en charge directe

Le Gouvernement s'est prononcé pour l'introduction du tiers payant social, qui doit garantir et faciliter l'accès des personnes en difficulté aux prestations de soins, sans engendrer une stigmatisation de ces personnes ou une charge administrative trop importante. Il est proposé d'amender le Code de la sécurité sociale et subsidiairement les statuts de la Caisse nationale de santé et les conventions avec les prestataires de soins. Dans des cas dûment motivés et pour des raisons sociales constatées par l'office social concerné, l'assuré peut demander une prise en charge directe des prestations par l'assurance maladie-maternité.

III.2. Le financement du secteur hospitalier

III.2.1. La budgétisation des établissements hospitaliers

Le fonctionnement actuel du secteur hospitalier se base sur un système mixte avec une médecine libérale rémunérée à l'acte et des établissements hospitaliers budgétisés suivant l'activité prévisible. Contrairement aux développements dans la majorité d'autres pays européens qui présentent des systèmes de santé comparables (et aussi p. ex. le Canada ou l'Australie) et qui optent pour des modèles de financement forfaitaires intégrant frais médicaux, personnel de soins et autres frais dans un acte intégré global (DRG – *Diagnosis related groups*), il est proposé de maintenir le système actuel tout en y apportant des modifications visant une meilleure coordination et un gain d'efficience. Ainsi, d'autres formes de rémunération doivent être possibles tels que le salariat, la vacation ou la capitation de certaines spécialités médicales hospitalières ou encore des médecins intervenant dans des structures de long séjour et dans certains établissements hospitaliers spécialisés.

En ce qui concerne l'adaptation du mécanisme de budgétisation actuel, différentes mesures sont prévues:

- Les budgets individuels des établissements hospitaliers doivent être subordonnés à une enveloppe budgétaire globale: cette mesure est sensée apporter un soutien à l'objectif d'une gouvernance commune du secteur hospitalier, évitant les doubles emplois et la concurrence et promouvant la collaboration et la recherche de synergies. En outre, les axes de développement posés pour le secteur hospitalier, voire pour le système de soins de santé dans sa globalité, peuvent ainsi être mieux respectés.
- Les budgets des établissements hospitaliers seront établis sur 2 ans: il est visé par cette mesure de mieux répartir l'effort administratif que constitue l'élaboration des budgets. En outre, les différentes mesures visant l'amélioration de la planification hospitalière (tels que l'enveloppe précitée ou encore la mutualisation de certaines activités) devraient permettre un meilleur cadrage budgétaire de l'activité hospitalière. Ceci devrait aussi remédier au fait que les budgets et les décomptes effectifs divergeaient généralement de façon assez considérable.
- La méthodologie actuelle à la base de la détermination de la dotation en personnel doit être adaptée. En priorité il est visé de revoir les normes d'*overhead* (administration, accompagnement, technique, etc.) et les activités non liées directement aux soins (laboratoire, pharmacie, ...), et ceci dans le but de promouvoir de façon active les synergies dans le secteur.

- Avec le même objectif et pour des affectations bien ciblées notamment dans le domaine du support, la possibilité va être ouverte à des budgets sectoriels.
- Des éléments forfaitaires seront introduits progressivement dans les budgets hospitaliers, soit pour certains types de traitements, soit pour certaines catégories de frais ou certains centres de frais. Afin de faciliter cette transition, des budgets résiduels pourront être mis en place, à l’instar des mesures prises dans des pays étrangers ayant vécu cette transformation de leur système de rémunération.

Il est précisé que les dispositions précitées continueront à garder une certaine flexibilité, notamment afin de faire face à des imprévus ou à des situations exceptionnelles.

A noter que l’introduction d’une enveloppe budgétaire globale doit aller de pair avec une planification pluriannuelle cohérente des infrastructures hospitalières et par une régulation de l’offre des soins, notamment des médecins agréés dans les hôpitaux. Dès lors, il est prévu de procéder après l’entrée en vigueur du projet de réforme à une révision du plan hospitalier, afin d’intégrer les éléments-clés initiés par la réforme dans cet outil de planification essentiel.

III.2.2. La comptabilité analytique

La loi sur les établissements hospitaliers prescrit déjà actuellement une comptabilité analytique à respecter par les établissements hospitaliers. Bien que les hôpitaux aient établi leur comptabilité analytique pour les fins de leur gouvernance propre, ces dispositions n’ont pas mené à une utilisation de ces données en vue du pilotage global du secteur hospitalier. Le système de budgétisation mettait effectivement l’accent en premier lieu sur la comptabilisation de l’activité et seulement en second lieu sur le coût de cette activité.

Il est prévu de remettre la compétence par rapport à la comptabilité analytique, tout comme pour la comptabilité générale, à la Caisse nationale de santé qui est le financeur quasi exclusif des activités hospitalières. Sur base de ces règles communes, il est prévu de parvenir à moyen terme à une comparabilité financière des activités effectuées dans les différents services hospitaliers. A long terme, il est également prévu de parvenir à une comptabilité analytique au niveau patient, permettant ainsi d’identifier clairement le coût de la prise en charge. Il va de soi qu’il faut intégrer dans cette démarche aussi le coût de la prise en charge médicale effectuée en milieu hospitalier. A cette fin et dans un souci de transparence, les données hospitalières doivent pouvoir être réconciliés avec l’activité médicale effectuée dans les différents hôpitaux.

III.3. Les médicaments

De façon générale, il est indiqué d’adopter une approche qui se base sur les structures connues dans les pays limitrophes du Luxembourg et en particulier en Belgique.

Une importance particulière revient à la gestion électronique de la prescription, aussi bien dans le secteur hospitalier qu’ambulatoire, par un outil informatique interactif performant tenant compte des besoins du prescripteur, des instances publiques et de la Caisse nationale de santé et ce dans une optique de qualité et d’économie. Cette approche implique l’élaboration d’un descriptif national unique applicable à tout outil exploité. En outre, l’affinement de la documentation relative aux prescriptions est une prémisses à l’élaboration d’études pertinentes. La Caisse nationale de santé vise une limitation de l’influence de l’industrie sur la prescription médicale.

La pratique de la substitution tend à se généraliser en Europe, allant de pair avec la détermination d’une base de remboursement. Il est nécessaire d’adopter une approche globale qui responsabilise le médecin prescripteur, le pharmacien et le patient:

- veiller à ce que le médecin prescrive dans une certaine mesure en dénomination commune internationale (substance active) ou dans des groupes de médicaments dont le brevet est tombé,
- veiller à ce que le pharmacien procède à la substitution par un médicament rentrant dans la base de remboursement,
- garantir la même qualité de traitement à un coût moindre à la personne protégée. Le refus de la substitution par la personne protégée entraîne un accroissement de sa participation.

Une réglementation du service pharmaceutique par la détermination des droits et devoirs des pharmaciens, s’impose.

En matière de rémunération des pharmaciens, il est proposé de se calquer sur la structure de prix valable agréée par les instances du pays de provenance du conditionnement vendu au Luxembourg. La compétence en matière de fixation des prix des médicaments à usage humain passera du ministère de l'Economie au ministère de la Sécurité sociale.

Par ailleurs, des règles transparentes doivent être adoptées en matière de remises accordées par les pharmacies et les intervenants du circuit de distribution, et ce plus particulièrement à l'égard de la Caisse nationale de santé.

L'abattement forfaitaire à accorder par les pharmaciens à l'assurance maladie-maternité par rapport au chiffre d'affaires réalisé dans ce cadre est augmenté pour la durée de 2 ans de 2,5% à 3,75%.

III.4. Les laboratoires

La situation en matière de laboratoires est complexe, aussi bien en ce qui concerne le cadre juridique que le pilotage de l'offre. En fait, les trois types de prestataires d'analyse biologique se trouvent dans des situations de changement et bénéficient en outre de modes de financement et de fonctionnement divergents voire opposés:

- les laboratoires privés ont développé une stratégie axée sur une haute automatisation et un service de proximité, profitant notamment d'une tarification très favorable,
- les laboratoires hospitaliers, affichant un retard au niveau de l'équipement compensé par la dotation en personnel, se concentrent de plus en plus sur leur activité hospitalière,
- le projet de loi en relation au Laboratoire national de santé (LNS) est en train d'être précisé aussi bien en ce qui concerne ses missions que ses ressources.

En résumé, on doit constater que l'offre de services laboratoires dépasse largement les besoins nationaux, que la tarification de la nomenclature des laboratoires n'a pas été amendée afin de tenir compte des progrès technologiques et des gains d'efficacité des vingt dernières années, que ce secteur se caractérise par la pratique de beaucoup d'analyses et d'examen doubles ou inutiles et qu'il existe un certain potentiel de gain d'efficacité au niveau des laboratoires hospitaliers, notamment dans le cadre de la fédération des établissements hospitaliers.

La réforme devrait donc viser trois objectifs majeurs: réorganiser les laboratoires hospitaliers et considérer aussi bien leur statut que leur financement, revoir les modalités de tarification des analyses de biologie clinique et agir contre les analyses non nécessaires, et ceci en agençant la tarification et le niveau de participation de l'assuré et en créant un standard d'accès centralisé des résultats des examens et d'interopérabilité des bases de données. Une harmonisation du fonctionnement entre les laboratoires hospitaliers et privés est effectuée. Après l'entrée en vigueur de la loi, les laboratoires hospitaliers seront soumis aux règles extrahospitalières pour leur activité correspondante.

Cet élément sensible de la réforme ne peut pas ni être interprété comme une étatisation des laboratoires privés, ni à libéralisation de l'activité hospitalière correspondante. Il s'agit plutôt d'ancrer le principe de l'égalité de traitement entre prestataires sensés fournir la même prestation de qualité. Il va de soi qu'une phase de transition et une analyse détaillée des coûts opposables à la Caisse nationale de santé sont nécessaires pour implémenter cette mesure.

III.5. Les dépenses de maternité

Historiquement, certains risques considérés comme des risques sociaux (maternité, personnes âgées, accidents non liés au travail, maladies dites sociales liées à l'alcoolémie etc.) ou encore les dépenses liées à la médecine préventive n'étaient pas à charge de l'assurance maladie-maternité. Avant la réforme de 1992, ces risques dits sociaux, ainsi que la médecine préventive étaient pour une bonne partie, sinon exclusivement à charge de l'Etat qui remboursait aux caisses de maladie les frais avancés. Nul besoin de dire que cette procédure était non seulement fastidieuse mais cette prise en charge dualiste et le partage des compétences empêchaient également une modernisation de l'offre de services et des modes de prise en charge. L'assurance maladie-maternité restait focalisée sur une prise en charge exclusive des frais de traitement en médecine curative. La réforme de 1992 a innové d'abord en simplifiant les procédures de financement par une participation directe de l'Etat dans les cotisations au lieu d'une participation dans les prestations. Elle a également élargi l'objet de l'assurance en admettant explicitement une collaboration entre la Direction de la Santé et l'assurance maladie-maternité en matière de programmes de soins préventifs.

Actuellement la maternité demeure le seul risque dit social qui n'est toujours pas intégré financièrement dans la Caisse nationale de santé. Sous cet angle de vue et en comparaison à la façon de procéder de nos pays voisins, le financement et la gestion actuelle des prestations de maternité doivent être revues. Une intégration des prestations de maternité représente une vraie simplification administrative et permet d'assurer une meilleure cohérence de la prise en charge préventive et plus de flexibilité concernant l'adaptation de l'offre des soins. Elle permettra également un meilleur suivi des dépenses par l'Etat et les partenaires sociaux.

En effet les dépenses liées à la maternité affichent un taux de croissance nettement supérieur au taux de croissance moyen des dépenses de l'assurance maladie-maternité, et ceci tant pour les mesures de remplacement de salaire (congé de maternité et dispenses de travail) que pour les prestations en nature. Il est proposé de réformer le financement des dépenses de maternité en remplaçant le financement actuel direct de l'Etat par une participation aux cotisations et en incluant les prestations de maternité dans le financement normal par cotisation à l'instar de tous les autres risques couverts par le régime. L'Etat continuera donc à honorer sa participation dans le financement des prestations de maternité au niveau de l'année 2010 et la Caisse nationale de santé continuera à gérer les dossiers afférents aux prestations de maternité. A travers la réforme globale du mécanisme de financement de l'assurance maladie-maternité (cf. chapitre V.), le financement des prestations maternité, et plus spécifiquement les augmentations futures par rapport à la situation actuelle, sera assumé de façon tripartite par l'Etat et les partenaires sociaux.

En dehors des aspects liés au pur financement et au transfert de compétences de l'Etat à la Caisse nationale de santé, cette réorientation permettra aussi de procéder à une nouvelle responsabilisation du salariat et du patronat dans la gestion des dépenses liées à la maternité. Pour les prestations en nature, la séparation formelle entre „maladie“ et „maternité“ menait dans le passé à des incohérences dans la négociation des tarifs. La revue des référentiels de nomenclature de rémunération des prestations nécessite une gouvernance globale et unique à assumer par la Caisse nationale de santé. En outre, l'augmentation du phénomène de dispense en cas de maternité n'est plus en phase avec la vocation initiale de protection de la salariée enceinte, mais évolue dans certaines branches vers un automatisme de congé de maternité global et intégral dès le début de la grossesse, sans évaluation d'un risque éventuel lié au poste de travail. Tout en préservant la protection recherchée et tout en respectant les directives européennes applicables dans ce domaine, il faudra revoir le mécanisme de demande et d'approbation des dispenses de travail, tout en assurant une protection et une prise en charge adéquate de la femme enceinte et des nouveau-nés. Un financement solidaire tripartite évitera une pénalisation financière de l'employeur confronté à des situations de grossesse et d'accouchement et donc d'absences prolongées de ses salariées.

Le projet de réforme prévoit une dotation spécifique destinée à compenser de façon transitoire les risques pour l'assurance maladie-maternité découlant de l'intégration des prestations de maternité, surtout des prestations en espèces, dans le régime général. Cette disposition permettra, le cas échéant, de procéder à une adaptation des mécanismes d'attribution des dispenses de travail.

*

IV. LES ORGANES DE PILOTAGE ET DE CONTROLE

IV.1. Commission de nomenclature

La réforme de l'organigramme encadrant le fonctionnement de l'assurance maladie-maternité vise à rendre l'action des différents acteurs plus pertinente et plus efficace. En fait, les critiques envers ces organes – Commission de nomenclature, Commission de surveillance, Conseil scientifique – se résument à l'argument final qu'il y a une défaillance de moyens et une inadéquation des pouvoirs et des processus régissant leur fonctionnement. A remarquer aussi que tous les acteurs s'investissent avec beaucoup d'engagement dans leurs missions, mais que les mandats respectifs de ces agents ne font pas partie de leur tâche principale.

La Commission de nomenclature est l'exemple type de cette situation. Elle est déjà aujourd'hui l'organe central de définition et de pilotage des prestations de l'assurance maladie-maternité et son rôle devrait encore augmenter après l'entrée en vigueur de la réforme. Néanmoins, elle se trouve déjà actuellement dans l'impossibilité de traiter de façon objective et scientifiquement fondée toutes les

demandes lui soumises et d'assurer la maintenance des nomenclatures existantes, notamment de les garder en phase avec le progrès médical. La réforme de la nomenclature médicale nécessite impérativement un organe à la hauteur de ce défi et il est important d'appuyer son action par la Cellule d'expertise médicale à créer.

En ce qui concerne son fonctionnement, la Commission de nomenclature sera réformée par la détermination d'une nomenclature de référence et par l'adoption d'une procédure standardisée, notamment aussi avec la possibilité de temps de stage ou d'intégration déterminée dans le temps de nouveaux actes, ou aussi par l'obligation de révision périodique. La composition de la Commission de nomenclature est adaptée, afin de créer une parité entre les représentants nommés par les ministres compétents et la Caisse nationale de santé et les experts issus des organismes représentatifs des prestataires ou leurs associations professionnels.

IV.2. Cellule d'expertise médicale

Il est proposé de créer une Cellule d'expertise médicale indépendante, dont la mission sera de déterminer les libellés des actes, d'en produire une définition complète et d'en préciser les indications et les conditions d'application. En dehors de ressources propres, notamment un secrétariat scientifique, ses travaux seront épaulés par des médecins détachés par le Contrôle médical de la sécurité sociale et par la Direction de la Santé. Les missions de ladite cellule ne pourront s'effectuer qu'en partenariat avec un ou plusieurs organismes étrangers, notamment la Haute autorité de santé (HAS) en France, en particulier s'il s'agit d'assurer la cohérence lors du remplacement de la nomenclature actuelle.

Une base légale est indispensable pour asseoir la légitimité d'un tel organe et en garantir la rigueur scientifique, l'indépendance, la pertinence des avis et des recommandations émises et l'autonomie financière. En fait, d'autres missions pourraient lui être confiées:

- évaluer scientifiquement l'intérêt médical des médicaments et des dispositifs médicaux et émettre des recommandations pour leur bon usage permettant d'en proposer ou non le remboursement par l'assurance maladie-maternité,
- promouvoir les bonnes pratiques auprès des professionnels de santé et contribuer ainsi à l'amélioration de la qualité des soins de santé,
- participer à l'élaboration et à la promotion des bonnes pratiques médicales en remplacement des références médicales actuellement prévues par la loi.

Les travaux de la Cellule d'expertise médicale sont accompagnés par le Conseil scientifique. En outre, la Cellule d'expertise médicale peut s'adjoindre des experts.

La Commission de nomenclature, rassemblant des représentants de la Caisse nationale de santé, des ministères de la Sécurité sociale et de la Santé, et des représentants des associations professionnelles, sera ensuite chargée d'établir la base tarifaire des libellés des actes et des recommandations émises, ce qui permettra d'en moduler l'implémentation.

IV.3. Conseil scientifique dans le domaine de la Santé

Le Conseil scientifique créé en avril 2005 par un règlement du Gouvernement en conseil ne possède actuellement pas de base légale. Le Conseil scientifique est un organisme indépendant, composé de professionnels du domaine de la médecine, dont la mission actuelle consiste à élaborer et à diffuser des recommandations de bonne pratique médicale dans les domaines suivants: antibiothérapies, imageries médicales, maladies vasculaires, oncologie et analyses de laboratoire, maladies neurologiques du sujet âgé et médecine préventive. Afin de renforcer son action et de promouvoir les bonnes pratiques médicales, il est prévu de donner une base institutionnelle renforcée au Conseil scientifique et de soutenir ses travaux par l'apport de la Cellule d'expertise médicale.

IV.4. Commission de surveillance

La Commission de surveillance joue un rôle important dans l'organigramme de l'assurance maladie-maternité établi par la réforme de 1992. Néanmoins, pour des raisons aussi bien d'ordre juridique que pratique, elle a toujours peiné à développer pleinement une surveillance, un contrôle et un arbitrage adéquat des mécanismes de prestation et de prescription ainsi que de certaines pratiques en découlant. Conscient des difficultés effectives liées à tout changement légal et à tout renforcement de l'action de

surveillance, le projet de loi vise à intégrer le champ de compétence actuel de la Commission de surveillance des décisions individuelles relatives aux tarifs et au tiers payant dans la procédure de décision administrative présidentielle susceptible d'un recours juridictionnel devant les juridictions de sécurité sociale. La Commission de surveillance pourra ainsi se concentrer dans le futur sur la poursuite de certains faits violant le Code de la sécurité sociale, notamment en matière de fraude et d'erreur.

IV.5. Contrôle médical de la sécurité sociale

Le projet de loi vise principalement à renforcer le pouvoir de contrôle effectif du Contrôle médical de la sécurité sociale par rapport aux activités effectives des prestataires sur le terrain. Si le grand principe de la transparence demandé et approuvé par tout et chacun ne doit pas rester lettre morte, il faut mettre en place un *mix* équilibré d'information, d'assistance et de conseil des prestataires et de contrôle effectif, aussi bien sur base documentaire que sur le terrain. L'action du Contrôle médical de la sécurité sociale est nécessaire afin de non seulement protéger les intérêts d'une médecine de qualité pour les patients, mais aussi afin de préserver la bonne réputation du corps médical, aussi en identifiant ceux qui profitent excessivement des avantages et des largesses de notre système de soins de santé.

IV.6. Direction de la santé

Les missions actuelles de la Direction de la Santé sont complétées par la charge d'établir sur base de la classification scientifique internationale correspondant une liste des groupes de médicaments à même principe actif principal, nécessaire à l'établissement d'une base de remboursement de médicaments par la Caisse nationale de santé.

IV.7. Commission permanente du secteur hospitalier

La Commission permanente du secteur hospitalier (CPH) définie dans la loi hospitalière ne connaîtra pas de révision fondamentale ni de sa composition, ni de son fonctionnement. L'accent sera davantage mis sur la conception nationale et globale du fonctionnement et du développement du secteur hospitalier, par abstraction au „chacun pour soi“ actuel. Elle devra davantage mettre en œuvre une planification hospitalière s'orientant suivant les besoins sanitaires effectifs, en recherchant une efficacité maximale, en écartant les doubles-emplois et les égocentrismes, et en développant activement les conceptions de centres de compétences et de filières de soins intégrées. La CPH ne sera plus chargée de l'établissement du référentiel comptable qui sera dorénavant assuré par la Caisse nationale de santé. En outre, certaines questions d'informatique seront confiées à l'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé.

IV.8. Commissaire aux hôpitaux

Les missions du Commissaire aux hôpitaux, dont l'action se limitait actuellement à celle de contrôleur financier des établissements hospitaliers et plus particulièrement de leurs projets d'investissements sont étendues dans le sens de recherche d'efficacité et de synergies dans le secteur hospitalier.

IV.9. Comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières

Ce comité national est déjà prévu au plan hospitalier actuellement en vigueur et voit conférer maintenant sa base légale dans la loi sur les établissements hospitaliers. Il assure la coordination et le suivi des structures, processus et procédures mis en place par les établissements hospitaliers en matière de gestion des risques, d'évaluation et de promotion de la qualité des prestations, ainsi que de prévention, de signalement et de lutte contre les événements indésirables, y inclus la prévention et le contrôle de l'infection nosocomiale.

IV.10. Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé

Tel que décrit sous II, il faut constater un besoin élémentaire d'un organe national intégrant tous les acteurs-clés impliqués dans la gouvernance informatique dans le domaine de la santé. A l'instar d'autres

pays, notamment de la France, il est proposé de confier cette tâche à une agence qui exercera sous le statut d'un GIE une mission de coordination, de standardisation, de centralisation et de gestion de certaines démarches centrales du développement informatique du secteur de la Santé. Les orientations prises par cette Agence nationale lient tous les acteurs, notamment les hôpitaux, des prestataires privés, la Caisse nationale de santé non seulement en ce qui concerne des choix technologiques mais aussi en ce qui concerne des engagements budgétaires.

Il est prévu d'attribuer la fonction d'agence à une structure existante, le GIE HealthNet, dont les missions, le fonctionnement, les moyens, la dénomination et la gouvernance seront adaptés en conséquence. En fait, le G.I.E. HealthNet regroupe déjà aujourd'hui l'Etat, la Caisse nationale de santé, les médecins et les hôpitaux et gère les connections d'échange de données informatiques entre les hôpitaux et avec la Caisse nationale de santé. Il devrait s'ouvrir à d'autres acteurs, dont notamment des représentants de patients. Il peut aussi intégrer d'autres acteurs importants du secteur de la santé.

Parmi les nouvelles missions figurera, d'une part, la responsabilité opérationnelle de la réalisation du programme e-Santé initié par le ministère de la Santé dans le cadre du programme de la gouvernance électronique, la plateforme d'échange et de partage de données de santé hébergeant le dossier de soins partagé en constituant le noyau.

D'autre part, il est prévu que l'Agence se chargera d'une façon plus générale de la promotion de la coordination nationale, de la réalisation de synergies et de l'interopérabilité à l'échelle nationale. Cette mission sera dans un premier temps axée autour des référentiels nécessaires pour permettre la mise en place de la plateforme d'échange hébergeant le dossier de soins partagé et d'un premier schéma directeur de base conforme à cette priorité. En cas de besoin, elle pourra progressivement évoluer vers d'autres projets et domaines.

Le financement de l'Agence sera principalement assuré par les financiers actuels du secteur, i.e. la Caisse nationale de santé et l'Etat. Un effort d'investissement initial pluriannuel conséquent est indispensable. Le cadre financier 2011-2015 a ainsi été estimé à un total se situant entre 22,6 et 37,2 millions d'euros, suivant étude de PwC Luxembourg („Luxembourg Ministry of Health eHealth Service Platform Study“, PwC Luxembourg, 2010). En reprenant des missions déjà assurés à différents niveaux, une concentration de moyens budgétaires actuellement déjà alloués sera aussi réalisée.

*

V. LE FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITE

Ce chapitre présente d'abord l'évolution récente de l'assurance maladie-maternité, ainsi que celle des principaux facteurs qui permettent d'expliquer l'évolution de sa situation financière. La deuxième et la troisième parties sont consacrées à une projection à législation constante de l'évolution financière probable de l'assurance maladie-maternité jusqu'en 2014 d'un côté à législation constante et de l'autre côté en tenant compte des mesures proposées par le projet de loi pour garantir l'équilibre financier de l'assurance pendant les prochaines années.

A noter que les tableaux repris sous V.1. (évolution financière de 2001 à 2010) se basent sur des estimations et projections établies en mai 2010, alors que ceux repris sous V.2. et V.3. (projections à législation constante et sur base du projet de réforme 2010-2014) se basent sur des données actualisées fin août, voire début septembre. Les différences légères s'expliquent par l'évolution de l'emploi, des cotisations ou de la consommation de soins de santé, sur base des tableaux de bord de la Caisse nationale de santé et des projections établies par l'Inspection générale de la sécurité sociale.

V.1. L'évolution financière récente

Le tableau 1 retrace l'évolution financière globale de l'assurance maladie-maternité à partir de 2005 et présente des estimations actualisées pour l'année en cours. L'assurance maladie-maternité est financée par le système de répartition pure, de sorte que le budget annuel des recettes et des dépenses doit être en équilibre. Par ailleurs elle est composée de plusieurs gestions, à savoir celle des soins de santé, celle des indemnités pécuniaires de maladie et enfin la gestion des prestations de maternité dont le financement est actuellement à charge de l'Etat. Comme on peut le constater sur le tableau 1, le décompte était en très léger surplus entre 2005 et 2009, grâce à l'excédent des recettes de la gestion des prestations en espèces.

Tableau 1. – Equilibre financier de l'assurance maladie-maternité
(en millions EUR)

Exercice	Décompte					Estimations ¹⁾
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Recettes courantes²⁾	1.608,6	1.709,6	1.836,6	1.977,5	1.940,3	2.011,6
Dépenses courantes²⁾	1.662,2	1.707,7	1.827,5	1.944,7	1.960,8	2.045,7
Solde des opérations courantes	-53,6	1,9	9,0	32,8	-20,4	-34,1
Solde global cumulé	176,0	177,9	186,9	219,8	199,4	165,3
Fonds de roulement minimum	166,2	170,8	182,8	194,5	196,1	112,5 ⁴⁾
Dotations/prélèvement au fonds de roulement	15,2	4,5	12,0	11,7	1,6	-83,6
Excédent/découvert de l'exercice	-68,8	-2,6	-3,0	21,1	-22,1	49,5
Excédent/découvert cumulé (après opérations sur réserve)	9,8	7,2	4,2	25,3	3,2	52,7 ⁵⁾
Prestations en nature	-40,6	-37,3	-35,9	-10,5	-16,4	38,84
Prestations en espèces					19,6	13,86
Prestations en espèces (gestion ouvriers) ³⁾	54,1	52,2	52,8	54,8		
Prestations en espèces (gestion employés et indépendants) ³⁾	-3,7	-7,8	-12,8	-19,0		
Taux de cotisation appliqué						
Prestations en nature	5,40%	5,40%	5,40%	5,40%	5,40%	5,40%
Prestations en espèces					0,50%	0,50%
Prestations en espèces (gestion ouvriers) ³⁾	4,70%	4,70%	4,70%	4,70%		
Prestations en espèces (gestion employés et indépendants) ³⁾	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%		
Taux d'équilibre de l'exercice						
Prestations en nature	5,61%	5,39%	5,39%	5,31%	5,42%	5,23%
Prestations en espèces					0,59%	0,53%
Prestations en espèces (gestion ouvriers) ³⁾	5,20%	4,67%	4,68%	4,65%		
Prestations en espèces (gestion employés et indépendants) ³⁾	0,22%	0,25%	0,26%	0,27%		

1) Source: Estimations CNS (septembre 2010).

2) Données ajustées pour éliminer les biais provoqués par la comptabilisation des provisions.

3) Ancien régime.

4) Pour 2010, le niveau de la réserve minimale a été abaissé de 10% des dépenses courantes à 5,5%.

5) Le résultat global positif pour 2010 s'explique par un abaissement en 2010 du niveau de la réserve qui passe de 10% des dépenses courantes à seulement 5,5% des dépenses courantes.

Par suite de l'introduction du statut unique en 2009, les salariés bénéficient de la continuation du salaire jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le soixante-dix-septième jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de douze mois de calendrier successifs. De ce fait, la Caisse nationale de santé ne prend plus en charge des indemnités pécuniaires de maladie pendant cette période, comme c'était le cas avant 2009 pour les ouvriers, de sorte que les recettes et dépenses de la gestion des prestations en espèces ont diminué de 2008 à 2009.

En fait, les problèmes financiers de la gestion des soins de santé débutent en 2002. En présence d'une situation financière saine et d'une réserve confortable fin 2001, la décision est prise de baisser

le taux de cotisation alors qu'un ralentissement économique s'annonce au niveau international sans encore directement montrer ses effets au Luxembourg. La situation financière globale s'aggrave en 2003 où suite au ralentissement des recettes, les trois gestions présentent un déficit en exploitation annuelle et font chuter dangereusement le niveau de la réserve. Confronté fin 2003 à un déséquilibre budgétaire prévisible et massif pour 2004, un transfert de fonds de 130 millions d'euros du régime des pensions² vers l'assurance maladie-maternité sauve la mise pour 2004 et ce malgré un déficit important de près de 70 millions d'euros auprès de la gestion des soins de santé. La reprise économique qui intervient à partir de 2004 (voir graphique 1 ci-après) ainsi qu'une légère augmentation du taux de cotisation en 2005 (qui passe de 5,1% à 5,4%) et la sensibilisation des acteurs par la démarche „Soigner mieux en dépensant mieux“ réussissent à redresser la situation de la gestion des soins de santé. Cependant l'équilibre annuel demeure précaire et la Caisse nationale de santé ne réussit pas, malgré les efforts pour freiner les dépenses, à résorber le déficit cumulé qui pèse sur la réserve globale.

A partir de 2009, la crise économique et la situation tendue sur le marché de l'emploi provoquent un ralentissement spectaculaire des rentrées en cotisations. Le graphique ci-après montre la dégringolade du PIB à partir de 2008, suivie en 2009 d'un ralentissement voire d'un recul de l'emploi. Les cotisations suivent, en parallèle, le mouvement descendant avec toutefois un léger décalage. Les perspectives économiques au-delà de 2010 demeurent incertaines. En 2009 le découvert des opérations courantes atteint 20,4 millions d'euros, toutes gestions confondues.

Pour 2009 le résultat global (solde cumulé après opérations sur réserves) se trouve légèrement modifié par rapport aux prévisions établies lors de la quadripartite en octobre 2009 avec +3,2 millions d'euros au lieu de -3,5 millions d'euros.

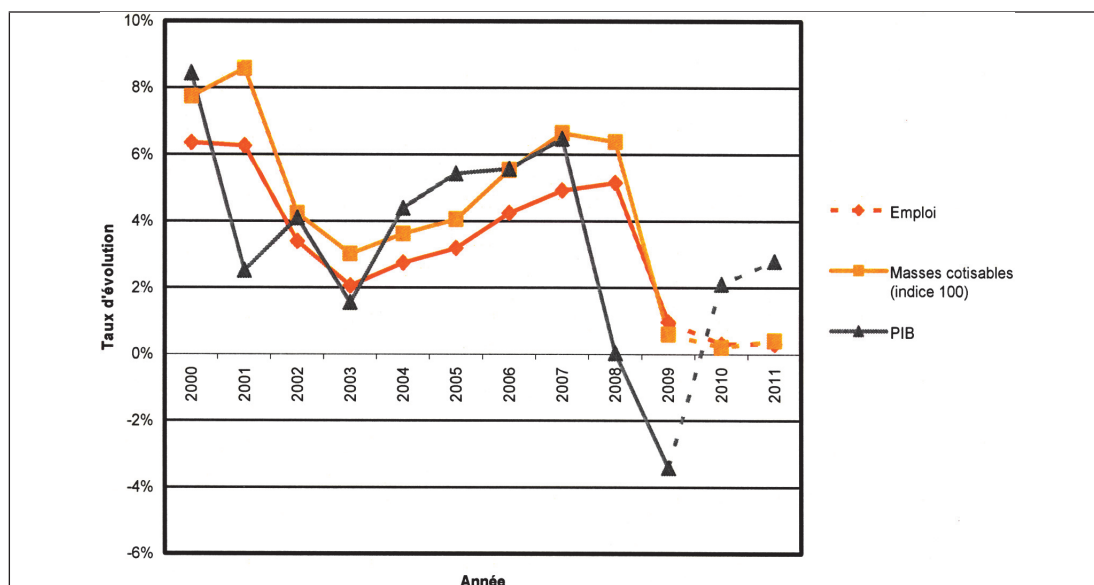
Les estimations de septembre 2010 de la Caisse nationale de santé et de l'Inspection générale de la sécurité sociale laissent apparaître que la situation financière de l'assurance maladie-maternité s'est légèrement améliorée par rapport aux projections effectuées il y a un an. Ainsi, le résultat financier escompté pour 2010 devrait afficher un excédent cumulé de 52,7 millions d'euros, reposant sur un taux de la réserve minimale légale de 5,5%. Si le taux de la réserve minimale légale s'élevait à 10%, le déficit cumulé 2010 s'élèverait à 36 millions d'euros, comparé au montant de 92,5 millions d'euros estimé il y a un an lors de l'établissement des budgets de l'Etat et de la Caisse nationale de santé.

Cette évolution apparemment positive nécessite néanmoins certaines explications complémentaires:

- L'amélioration de la situation financière repose sur l'évolution positive de l'emploi et de certains autres indicateurs positifs, permettant à la Caisse nationale de santé des recettes de cotisations supérieures à celles estimées il y a un an. En résumé, la crise économique semble avoir été un peu moins dure respectivement un peu plus courte qu'attendue. Il s'impose encore d'analyser en profondeur quels secteurs économiques sont les porteurs effectifs de cette évolution. Ainsi, il semble que l'emploi dans le secteur financier et dans l'industrie reste grosso modo stable et que ce soit plutôt le secteur public et paraétatique qui gardent une dynamique de croissance. Il faut aussi préciser, que la durabilité et l'évolution à moyen terme de cette tendance doivent encore se confirmer, vu que des risques non négligeables sur les situations économiques nationale et internationale continuent à subsister.
- L'évolution de certaines dépenses continue au rythme dynamique des années fastes, alors que d'autres dépenses, comme notamment le secteur hospitalier (*stand still*), semblent afficher une progression plus modérée.

2 A partir de 2001 on a pu constater une augmentation sensible des cas de maladie de longue durée suite à l'adoption d'une procédure plus restrictive concernant l'attribution des pensions d'invalidité. Ceci a amené un transfert de charges de pension vers l'assurance maladie, d'où la raison du transfert de 130 millions, opéré en 2005.

Graphique 1. – Evolution de l'emploi, des masses cotisables des ouvriers et employés ainsi que du PIB de l'économie luxembourgeoise (évolution en %)



Les tableaux 2 et 3 font ressortir pour les soins de santé un ralentissement sensible des rentrées en cotisations pour 2009 et 2010. La tendance est similaire pour la gestion des prestations en espèces où il n'est cependant pas possible de faire le raccord avec les résultats antérieurs à 2009.

Tableau 2. – Evolutions des cotisations (en millions EUR)

Exercice	Décompte					Estimations ¹⁾
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Gestion soins de santé	1.296,2	1.377,8	1.482,4	1.590,1	1.666,7	1.733,2
Cotisations ménages	816,6	868,0	933,9	1.001,8	1.050,0	1.091,9
Actifs	669,7	714,6	771,9	831,6	867,0	900,4
Pensionnés	147,0	153,4	162,0	170,2	183,1	191,5
Cotisations forfaitaires de l'Etat	479,5	509,8	548,5	588,3	616,7	641,3
Gestion prestations en espèces					85,3	87,1
Cotisations ménages					60,3	61,4
Cotisations forfaitaires de l'Etat					25,0	25,7
Gestion prestations en espèces ouvriers²⁾	158,4	167,5	179,7	189,8	p.m.	p.m.
Cotisations ménages	142,6	150,8	161,7	170,9		
Cotisations forfaitaires de l'Etat	15,8	16,8	18,0	19,0		
Gestion prestations en espèces employés et indépendants²⁾	14,0	15,1	16,5	18,1	p.m.	p.m.
Cotisations ménages	12,6	13,6	14,8	16,3		
Cotisations forfaitaires de l'Etat	1,4	1,5	1,6	1,8		
Total des cotisations	1.468,6	1.560,4	1.678,5	1.798,1	1.752,0	1.820,3
En % du total des recettes courantes (toutes gestions confondues)	91,3%	91,3%	91,4%	90,9%	90,3%	86,6%

1) Source: Estimations CNS (septembre 2010).

2) Ancien régime.

Tableau 3. – Cotisations: variation annuelle en %

Exercice	Décompte					Estimations ¹⁾
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Gestion soins de santé		6,3%	7,6%	7,3%	4,8%	4,0%
Cotisations ménages		6,3%	7,6%	7,3%	4,8%	4,0%
Actifs		6,7%	8,0%	7,7%	4,2%	3,9%
Pensionnés		4,4%	5,6%	5,0%	7,6%	4,6%
Cotisations forfaitaires de l'Etat		6,3%	7,6%	7,3%	4,8%	4,0%
Gestion prestations en espèces						2,1%
Cotisations ménages						1,9%
Cotisations forfaitaires de l'Etat						2,6%
Gestion prestations en espèces ouvriers²⁾		5,7%	7,2%	5,7%	p.m.	p.m.
Gestion prestations en espèces employés et indépendants²⁾		7,8%	9,3%	10,0%	p.m.	p.m.
Total des cotisations		6,3%	7,6%	7,1%	-2,6 %³⁾	3,9%

1) Source: Estimations CNS (septembre 2010).

2) Ancien régime.

3) La baisse des cotisations en 2009 est due en grande partie à la réforme du régime des prestations en espèces et un transfert de recettes et de charges vers la mutualité des employeurs.

Le tableau 4 montre l'évolution des différentes sources de financement de l'assurance maladie-maternité. Avec l'introduction du statut unique en 2009, les dépenses des indemnités pécuniaires de maladie ont diminué suite à la généralisation du maintien du salaire pendant les congés de maladie jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le soixante-dix-septième jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de douze mois de calendrier successifs. L'augmentation du taux de l'Etat de 2008 à 2009 n'est due qu'au poids plus important de la gestion „maternité“ (dont les dépenses sont prises en charge par l'Etat dans leur totalité), dans le contexte d'un budget global au volume réduit, suite à l'allègement de la prise en charge des indemnités pécuniaires de maladie.

Tableau 4. – Les sources de financement de l'assurance maladie-maternité (en millions EUR)

Exercice	Décompte					Estimations ¹⁾
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Etat	610,6	651,5	694,7	753,0	799,5	830,3
Assurés et employeurs	969,2	1.029,8	1.107,9	1.186,4	1.107,5	1.150,6
Administrations	5,1	5,8	6,1	7,5	12,4	14,4
Autres sources de financement	23,7	22,5	27,8	30,7	20,9	16,3
Total recettes courantes²⁾	1.608,6	1.709,6	1.836,6	1.977,5	1.940,31	2.011,6
En % du total						
Etat	38,0%	38,1%	37,8%	38,1%	41,2%	41,3%
Assurés et employeurs	60,3%	60,2%	60,3%	60,0%	57,1%	57,2%
Administrations	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%	0,6%	0,7%
Autres sources de financement	1,5%	1,3%	1,5%	1,6%	1,1%	0,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

1) Source: Estimations CNS (septembre 2010).

2) Sans les prélèvements aux provisions.

L'article 28 du Code de la sécurité sociale fixe la marge de fluctuation de la réserve qui doit se situer entre 10% et 20% des dépenses courantes. Les prévisions budgétaires avaient fait ressortir pour 2010 un taux de 5,5%, sensiblement au-dessous du niveau minimum légal, ce qui aurait dû entraîner, d'après les dispositions de l'article 30 du Code de la sécurité sociale, un relèvement du taux de cotisation. Afin de permettre la préparation d'une réforme plus approfondie de l'assurance maladie-maternité, la loi budgétaire pour l'exercice 2010 a fixé la limite inférieure de la réserve de l'assurance maladie-maternité pour cette année à 5,5 pour cent.

Tableau 5. – Evolution du niveau de la réserve (en millions EUR)

	Décompte		Estimations ²⁾
	31.12.2008	31.12.2009	31.12.2010
Réserve effective	219,8	199,3	165,2
Minimum légal ¹⁾	194,5	196,1	112,5 ³⁾
Rapport réserve/dépenses courantes ¹⁾	11,3%	10,2%	8,1%

1) Sans les prélèvements aux provisions.

2) Source: Estimations CNS (septembre 2010).

3) Baisse du minimum légal requis de 10% à 5,5% pour l'exercice 2010.

Le tableau 6 retrace la variation des dépenses annuelles des différentes gestions à partir de 2001. On constate qu'entre 2001 et 2010 les dépenses de santé se sont accrues de 5,1% en moyenne annuelle et à indice constant. Quant aux frais de maternité (soins de santé et prestations en espèces), elles se sont accrues de 6,5%, pourcentage élevé qui s'explique en partie par l'accroissement des dispenses.

Tableau 6. – Croissance annuelle des dépenses par gestion à partir de 1999

Exercice	Soins de santé	Prestations en espèces (nouveau régime)	Prestations en espèces (anciennes gestions)		Maternité	Total
			PE (ouvriers)	PE (employés et indépendants)		
1999	19,3%		8,8%	7,3%	22,2%	18,1%
2000	-0,5%		10,7%	-3,5%	16,2%	1,7%
2001	11,9%		12,2%	20,6%	8,9%	11,8%
2002	19,5%		16,4%	17,4%	10,9%	18,6%
2003	-0,6%		6,9%	11,9%	7,8%	1,0%
2004	9,8%		-2,9%	7,9%	7,4%	8,0%
2005	10,4%		9,1%	-5,0%	9,9%	10,1%
2006	2,7%		-2,8%	18,7%	9,5%	2,7%
2007	7,5%		5,3%	13,8%	2,6%	7,0%
2008	5,9%		4,7%	12,2%	14,1%	6,4%
2009 ¹⁾	7,1%				10,0%	0,8%
2010 ²⁾	4,7%	-6,8%			7,8%	4,3%
Variation annuelle moyenne 1999/2009 (indice courant)	7,2%	p.m.	6,5% ³⁾	10,1% ³⁾	9,7%	6,7%
Variation annuelle moyenne 1999/2009 (nombre indice 100)	4,8%	p.m.	4,0% ³⁾	7,6% ³⁾	7,2%	4,2%

1) Rupture de série en 2009 en raison de la réforme du régime des prestations en espèces.

2) Estimations CNS (septembre 2010).

3) Variation annuelle moyenne 1999/2008.

Remarque: Données ajustées pour éliminer les biais provoqués par la comptabilisation des provisions

Le tableau 7 présente un aperçu global du coût des différents types de soins de santé. On constate que les soins hospitaliers (y non compris les honoraires des médecins exerçant au sein des hôpitaux) constituent presque la moitié des dépenses de soins de santé au Luxembourg, les honoraires médicaux environ un cinquième et les frais pharmaceutiques (sans celles pendant les traitements à l'hôpital) un peu plus qu'un dixième.

Tableau 7. – Evolution des frais pour soins de santé (en millions EUR)

Exercice	Décompte					Estimations ¹⁾
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Soins hospitaliers²⁾	530,5	576,3	612,0	639,1	671,8	690,7
Honoraires médicaux²⁾	227,4	226,2	241,2	252,6	282,5	295,1
Honoraires médico-dentaires	49,4	51,4	53,8	55,7	60,8	63,2
Produits pharmaceutiques	136,7	140,3	146,1	154,5	160,9	169,0
Moyens curatifs et adjuvants ²⁾	26,5	29,3	34,5	33,8	35,9	38,3
Analyses de laboratoire (en dehors des hôpitaux)	32,0	36,4	39,2	44,2	39,9	43,9
Soins des autres professions de santé ²⁾	46,6	53,6	59,0	65,5	72,0	79,4
Autres prestations	23,7	24,8	24,9	29,0	31,21	34,2
Prestations de maternité	19,7	23,4	21,4	24,7	25,7	26,7
Total des prestations au Luxembourg	1.092,4	1.161,6	1.232,0	1.299,1	1.380,8	1.440,5
<i>Prestations à l'étranger³⁾</i>	<i>241,0</i>	<i>211,6</i>	<i>243,3</i>	<i>265,7</i>	<i>293,9</i>	<i>306,0</i>
Total soins de santé	1.333,4	1.373,2	1.475,3	1.564,9	1.674,7	1.746,5

1) Source: Estimations CNS (septembre 2010).

2) Certains montants ont été redressés pour éliminer le biais introduit par la liquidation de prestations provisionnées à la fin de l'exercice précédent respectif.

3) La liquidation de ces frais est sujette à d'importantes fluctuations en fonction de la présentation des factures.

A l'exception des „soins des autres professions de santé“ (infirmiers, kinésithérapeutes, sages-femmes, ...) et des „autres prestations“ (frais de transport, indemnité funéraire, ...), tous les types de soins varient dans une fourchette relativement étroite. A noter toutefois que la progression des „analyses de laboratoires“ aurait été beaucoup plus importante, sans les mesures adoptées par l'assurance maladie-maternité pour la contenir.

Tableau 8. – Variation annuelle moyenne par types de soins en ordre décroissant

Types de soins	Variation annuelle moyenne 2001/2009
Soins des autres professions de santé	11,3%
Honoraires médicaux	8,4%
Moyens curatifs et adjuvants	8,4%
Honoraires médico-dentaires	8,1%
Prestations de maternité	7,2%
Soins hospitaliers	7,0%
Produits pharmaceutiques	5,4%
Analyses de laboratoire (en dehors des hôpitaux)	5,1%
Autres prestations	4,0%
Total des prestations au Luxembourg	7,2%

V.2. Projection à législation constante des recettes et des dépenses de l'assurance maladie-maternité jusqu'en 2014

Si aucune mesure n'est prise, le déséquilibre financier de l'assurance maladie-maternité, en fait de la gestion des soins de santé, va s'aggraver dans les années à venir. La projection des recettes et des dépenses de la Caisse nationale de santé jusqu'en 2014 prend comme point de départ le décompte de la Caisse nationale de santé pour l'année 2009 (cf. tableau 9).

Tableau 9. – Evolution à législation constante de la situation financière de l'assurance-maternité

AM situation financière globale: estimation de l'évolution financière 2010-2014

Exercice	2009	2010 ¹⁾	2011 ¹⁾	2012 ¹⁾	2013 ¹⁾	2014 ¹⁾
Recettes, dont:	1.940	2.012	2.089	2.165	2.264	2.379
<i>cotisations</i>	1.752	1.815	1.879	1.942	2.028	2.128
<i>maternité</i>	156	167	179	191	203	216
Dépenses, dont prestations nettes:	1.961	2.046	2.167	2.298	2.436	2.585
<i>soins de santé</i>	1.635	1.709	1.806	1.915	2.029	2.151
<i>PE maladie</i>	95	87	92	98	103	110
<i>maternité (PN + PE)</i>	151	162	174	186	197	210
Solde des op. courantes:	-20	-33	-78	-134	-172	-206
Solde global cumulé (réserve totale):	199	166	88	-46	-218	-424
Fonds de roulement minimum (minimum réserve)	196	113	217	230	244	258
Dotation/prélèvement fonds de roulement	2	-84	104	13	14	15
Solde de l'exercice après dot. réserve	22	50	-182	-147	-186	-221
Solde cumulé après dot. réserve	3	53	-129	-276	-462	-682
Dépenses: taux de croissance		4.3%	5.9%	6.1%	6.0%	6.1%
<i>soins de santé</i>		4.5%	5.7%	6.0%	6.0%	6.0%
<i>PE maladie</i>		-8.8%	6.5%	5.6%	6.0%	6.4%
<i>Maternité (PN + PE)</i>		7.1%	7.2%	6.9%	6.2%	6.6%
Participation de l'Etat, dont	798	832	868	903	946	996
Cotisations	642	665	689	712	743	780
maternité	156	167	179	191	203	216
Dotation spéciale maternité			0	0	0	0
Paramètres financiers ou autres:						
PIB ²⁾	-4,1%	3,0%	3,0%	2,7%	2,9%	3,1%
Emploi ³⁾	1,2%	1,8%	1,8%	1,7%	2,2%	2,1%
n.i. coût de la vie ⁴⁾ (moyenne annuelle)	699,44	711,07	719,84	728,59	740,98	758,02

1) Estimations IGSS

2) Source: Ministère des Finances: 2010-2011 = prévisions budgétaires; 2012+ basé sur hypothèses de croissance pacte de stabilité

http://www.mf.public.lu/publications/programme/11e_progr_stabilite_croissance.pdf

3) Estimations IGSS

4) Statec 2000-2009; 2010-2014 circulaire budgétaire MF

Les hypothèses concernant l'évolution de l'emploi en 2010 et 2011 ont été établies par l'Inspection générale de la sécurité sociale sur base des hypothèses de croissance du STATEC connues en avril 2010. L'évolution du nombre indice de coût de la vie est celle prévue dans la circulaire budgétaire pour l'établissement du budget de l'Etat 2011. Les hypothèses d'évolution pour les années 2012 à 2014 concordent avec celles de l'actualisation du programme de stabilité. Les taux d'évolution des dépenses ont été estimés par l'Inspection générale de la sécurité sociale sur base des résultats des exercices précédents et des estimations de la Caisse nationale de santé pour 2010. La projection se base sur une législation constante, c.-à-d. la réserve minimale devra être reconstituée dans sa totalité en 2011 et la croissance des soins de santé se fera à la même cadence qu'au cours des dix dernières années. La prise en charge des dépenses de maternité continuerait à se faire à travers le budget de l'Etat.

Le déficit des opérations courantes de la Caisse nationale de santé en 2009 reste assez limité. Le déficit attendu pour 2010 va probablement être inférieur à celui envisagé en septembre 2009, étant donné que la tendance négative de l'emploi s'avère être légèrement plus faible de sorte que les cotisations perçues devraient être plus élevées. Néanmoins, le déficit ne ferait qu'augmenter d'année en année, de sorte que le déficit cumulé pour la période 2009 à 2014 risquera d'être de l'ordre de 660 millions d'euros pour des recettes annuelles de l'ordre de 2.300 millions d'euros. Ce résultat serait engendré par des dépenses croissantes à un rythme constant et par des recettes évoluant à un taux sensiblement moindre qu'au cours des dix dernières années.

Il en découle qu'à défaut d'un retour aux années de croissance du PIB et d'emploi caractérisant la dernière décennie, l'assurance maladie-maternité ne peut retrouver un équilibre stable qu'à travers une limitation conséquente des dépenses et un financement supplémentaire.

V.3. Mesures proposées pour assurer l'équilibre financier jusqu'en 2014

V.3.1. Les mesures en relation aux dépenses

Au niveau des dépenses, le projet de loi maintient les valeurs des lettres-clés des prestataires visées à l'article 65, alinéa 1 par rapport à leur valeur applicable au 31 décembre 2010, la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2012, à l'exception de la valeur de la lettre-clé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique visés à l'article 61, alinéa 2, point 4) du même Code qui est fixée pour la même période à 0,3050. Le pacte de stabilité pour les années 2010 et 2011 prévoit en outre une stabilisation des facteurs essentiels du développement des coûts du système de soins de santé. Ainsi, le maintien au niveau 2009 de certaines catégories de frais et le gel du nombre de médecins agréés sont prévus en milieu hospitalier afin de réaliser un ralentissement de l'évolution des dépenses.

Le projet de loi prévoit également une révision volontariste de la nomenclature du corps médical, afin de recadrer certains tarifs objectivement et substantiellement trop élevés, comme par exemple la location de matériel ou encore l'assistance opératoire.

En outre, la Caisse nationale de santé devra effectuer une analyse critique des dispositions statutaires régissant les prestations de l'assurance maladie-maternité et les participations des assurés. A défaut d'accord au niveau de la Caisse nationale de santé, le projet de loi prévoit la possibilité d'arrêter des mesures correspondantes par voie de règlement grand-ducal.

Compte tenu des mesures précitées, le projet de loi prévoit pour l'année 2011 une économie substantielle sur l'ensemble des frais de soins de santé par rapport à la projection à législation constante. La progression annuelle normale projetée, qui s'élève à législation constante à 5-6%, est ramenée pour les années à venir à 3-4%. Tel qu'expliqué ci-avant, l'économie correspondante se compose de différentes mesures mises en oeuvre depuis la réunion quadripartite d'octobre 2009 (notamment *stand still* dans le milieu hospitalier) et des mesures légales prévues dans le projet de loi visant l'adaptation des tarifs et des budgets. Les projections sont basées sur l'hypothèse que cette épargne sera durable (i.e. pas d'effet de récupération, notamment de la part des prestataires) et que les mesures structurelles prévues dans le projet de loi (telles que l'enveloppe budgétaire globale pour le secteur hospitalier ou les mécanismes de fixation de la rémunération et les pratiques de facturation des prestataires de soins) contribueront à freiner la croissance actuelle. La progression envisagée, qui nécessite néanmoins une action conséquente et déterminée à tous les niveaux de pilotage du système de soins de santé, représente un objectif réaliste, aussi en comparaison avec d'autres pays.

Enfin, la limite inférieure de la réserve de l'assurance maladie-maternité, refixée en 2010 dans le but de permettre l'élaboration du projet de réforme, sera reconstituée de façon progressive, en passant en 2011 à 7,5%, en 2012 à 9% pour atteindre de nouveau en 2013 les 10% prévus par le Code de la sécurité sociale.

V.3.2. L'évolution des recettes

Les mesures prévues pour agir sur l'évolution des dépenses aussi bien à court terme que à long terme, ne peuvent pas compenser complètement et sur plusieurs années les effets de la crise sur l'emploi et le PIB, allant de pair avec certains vecteurs de croissance inhérents aux dépenses de soins tels que l'évolution démographique ou le progrès médical.

On constate donc qu'en dépit des mesures proposées, les dépenses de la Caisse nationale de santé continueront à augmenter plus rapidement que les recettes. Cette tendance deviendrait pire, si la reprise économique se faisait attendre plus longtemps que prévue dans les hypothèses économiques qui sont à la base de la projection présentée dans le tableau 9.

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

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

L'intégration de la maternité dans le régime général nécessite encore un réajustement des différents taux de cotisations. Actuellement, le Code de la sécurité sociale prévoit des taux de cotisations distincts pour les soins de santé et pour les indemnités pécuniaires de maladie, fixés à ce jour à 5,4% et 0,5%. Le financement des prestations de maternité, se composant de prestations en nature et en espèces (congé de maternité et dispense de travail) correspondantes, ne peut pour des raisons techniques pas être intégré tel quel dans les taux existants. Dès lors il est proposé de créer un taux de cotisation unique pour tous les assurés, majoré de 0,5% pour les assurés couverts par les indemnités pécuniaires actuelles.

En matière de recettes supplémentaires, différentes variantes sont possibles, qui ont aussi été étudiées pendant la phase d'élaboration du projet de réforme:

- la suppression du plafond cotisable pour les prestations de soins de santé qui est actuellement fixé à cinq fois le salaire social minimum,
- le relèvement du plafond cotisable à p. ex. sept fois le salaire social minimum,
- le relèvement du taux de cotisation à p. ex. 5,8%,
- une solution mixte d'un relèvement du plafond cotisable combiné à une hausse du taux de cotisation.

Ces alternatives affichent chacune des avantages et désavantages, notamment par leur impact sur les différentes franges de la population ou aussi leurs combinaisons avec d'autres mesures prises dans le cadre de la lutte contre la crise actuelle ou de la volonté de rétablir l'équilibre budgétaire de l'Etat à l'horizon de l'année 2014.

Alors que la première version de l'avant-projet de loi présentait les différentes options possibles, l'avant-projet de loi dans sa version du 20 septembre 2010 se base sur le relèvement du taux de cotisations de l'ordre de 0,4% par rapport au taux actuel de 5,4%. (cf tableau 10)

V.3.3. Récapitulatif des mesures visant l'équilibre financier

Sur base des tableaux financiers les mesures financières comprises dans le projet de réforme se résument comme suit:

- augmentation des cotisations: recettes supplémentaires de \pm 50 millions d'euros;
- intégration de la maternité dans le régime général de l'assurance maladie-maternité: décharge à terme du budget de l'Etat;
- dépenses de soins de santé: Réduction de la croissance de dépenses de \pm 5 % par an à \pm 4% par an;
- reconstitution en étapes de la réserve minimale.

Le projet de réforme se base encore sur le principe que la participation financière globale de l'Etat (i.e. incl. maternité) reste stable à court terme et que son évolution future reste comparable à celle à législation constante. La dotation forfaitaire pour les prestations en espèces de maternité contribue à cet objectif et est destinée à compenser les charges supplémentaires incombant à la Caisse nationale de santé du fait de cette incorporation dans le régime général de l'assurance maladie-maternité.

Pour 2011, les estimations actuelles prévoient un déficit des soins de santé de l'ordre de grandeur de 75 millions d'euros et un déficit cumulé supérieur à 100 millions d'euros (en cas de reconstitution complète de la réserve).

*Tableau 10. – Projection de la situation financière:
augmentation des cotisations à 5,8% et freinage de la croissance des dépenses*

AM situation financière globale: estimation de l'évolution financière 2010-2014

<i>Exercice</i>	2009	2010 ¹⁾	2011 ¹⁾	2012 ¹⁾	2013 ¹⁾	2014 ¹⁾
Recettes, dont:	1.940	2.012	2.154	2.226	2.325	2.439
<i>cotisations</i>	1.752	1.815	2.124	2.195	2.292	2.405
<i>maternité</i>	156	167	0	0	0	0
Dépenses, dont prestations nettes:	1.961	2.046	2.116	2.208	2.304	2.406
<i>soins de santé</i>	1.635	1.709	1.755	1.825	1.897	1.972
<i>PE maladie</i>	95	87	92	98	103	110
<i>maternité (PN + PE)</i>	151	162	174	186	197	210
Solde des op. courantes:	-20	-33	38	18	20	33
Solde global cumulé (réserve totale):	199	166	204	221	242	275
Fonds de roulement minimum (minimum réserve)	196	113	159	199	230	241
Dotation/prélèvement fonds de roulement	2	-84	46	40	32	10
Solde de l'exercice après dot. réserve	22	50	-8	-22	-11	23
Solde cumulé après dot. réserve	3	53	45	23	11	34
Dépenses: taux de croissance		4,3%	3,5%	4,3%	4,3%	4,4%
<i>soins de santé</i>		4,5%	2,7%	4,0%	4,0%	4,0%
<i>PE maladie</i>		-8,8%	6,5%	5,6%	6,0%	6,4%
<i>Maternité (PN + PE)</i>		7,1%	7,2%	6,9%	6,2%	6,6%
Participation de l'Etat, dont	798	832	870	898	937	982
Cotisations	642	665	850	878	917	962
maternité	156	167	0	0	0	0
Dotation spéciale maternité			20	20	20	20
Paramètres financiers ou autres:						
PIB ²⁾	-4,1%	3,0%	3,0%	2,7%	2,9%	3,1%
Emploi ³⁾	1,2%	1,8%	1,8%	1,7%	2,2%	2,1%
n.i. coût de la vie ⁴⁾ (moyenne annuelle)	699,44	711,07	719,84	728,59	740,98	758,02

1) Estimations IGSS

2) *Source*: Ministère des Finances: 2010-2011 = prévisions budgétaires; 2012+ basé sur hypothèses de croissance pacte de stabilité

http://www.mf.public.lu/publications/programme/11e_prog_stabilite_croissance.pdf

3) Estimations IGSS

4) Statec 2000-2009; 2010-2014 circulaire budgétaire MF

L'avant-projet de loi prévoit une couverture d'un déficit de 100 millions d'euros suivant une règle de:

- 50% par voie de recettes supplémentaires découlant d'une augmentation des cotisations de 0,4%;
- 25% par voie d'économies directes sur les tarifs des prestataires de soins
 - Gel des lettres-clés des prestataires de soins 3 millions d'euros
 - Réduction de la lettre-clé des laboratoires 3 millions d'euros
 - Adaptation de l'abattement des pharmaciens 0,5 millions d'euros
 - Enveloppe budgétaire hospitalière globale 10 millions d'euros
 - Adaptation ciblée de certains actes médicaux 8,5 millions d'euros
- 25% par voie d'adaptation statutaire des prestations et des participations des patients
 - Participation de l'assuré aux actes médicaux 25 millions d'euros

Ces mesures pourront évoluer, notamment en fonction des décisions statutaires du Comité directeur de la Caisse nationale de santé, des négociations des lettres-clés avec les prestataires de soins et les propositions de la Commission de nomenclature, qui pourraient anticiper ces mesures respectivement inclure des alternatives.

*

TEXTE DU PROJET DE LOI

Art. 1er. Le Code de la sécurité sociale est modifié comme suit:

1° L'article 2, alinéa 1 prend la teneur suivante:

„La personne qui est âgée de dix-huit ans au moins, qui réside au Grand-Duché de Luxembourg et qui perd la qualité d'assuré obligatoire ou la protection en qualité de membre de famille au sens de l'article 7 après en avoir bénéficié pendant une période continue de six mois précédant immédiatement la perte de cette qualité, peut demander à continuer son assurance. La condition de continuité ne vient pas à défaillir par une interruption de moins de huit jours. La demande doit être présentée au Centre commun de la sécurité sociale sous peine de forclusion dans un délai de trois mois suivant la perte de l'affiliation.“

2° L'article 8 prend la teneur suivante:

„**Art. 8.** L'assurance a principalement pour objet, dans les limites fixées par la présente loi et les statuts:

- le paiement d'une prestation en espèces sous forme d'indemnité pécuniaire de maladie ou d'indemnité pécuniaire de maternité;
- la prise en charge des soins de santé;
- la participation à des mesures de médecine préventive;
- le paiement d'une indemnité funéraire.“

3° A l'article 10, l'alinéa 1 prend la teneur suivante:

„Pour les salariés, l'indemnité pécuniaire de maladie est calculée sur la base du revenu professionnel défini à l'article 34 relatif aux affiliations en cours au moment de la survenance de l'incapacité de travail et respectant les limites définies à l'article 39.“

4° L'article 12, alinéa 1er prend la teneur suivante:

„Pour les non-salariés, l'indemnité pécuniaire est calculée sur la base du revenu professionnel défini aux articles 35 et 36 relatifs aux affiliations en cours au moment de la survenance de l'incapacité de travail et respectant les limites définies à l'article 39. Si la période indemnisée est inférieure à un mois, chaque jour est compté uniformément pour un trentième du mois. Toute modification du revenu professionnel implique le recalcul de l'indemnité pécuniaire.“

5° L'article 17 prend la teneur suivante:

„**Art. 17.** Sont pris en charge dans une mesure suffisante et appropriée:

- 1) les soins de médecine;
- 2) les soins de médecine dentaire;

- 3) les traitements effectués par des professionnels de santé;
- 4) les analyses médicales de biologie clinique;
- 5) les orthèses, prothèses, épithèses et implants dentaires;
- 6) les médicaments, le sang humain et les composants sanguins;
- 7) les dispositifs médicaux;
- 8) les traitements effectués en milieu hospitalier;
- 9) les frais de séjour à l'hôpital en cas d'accouchement et en cas d'hospitalisation d'une personne pour laquelle les soins en vue de sa guérison, de l'amélioration de son état de santé ou de l'atténuation de ses souffrances ne peuvent être dispensés en dehors du milieu hospitalier, ces critères pouvant être précisés par règlement grand-ducal;
- 10) les cures thérapeutiques et de convalescence;
- 11) les soins de rééducations et de réadaptations fonctionnelles;
- 12) les frais de transport des malades;
- 13) les soins palliatifs suivant les modalités d'attribution précisées par règlement grand-ducal.

Des mesures de médecine préventive peuvent être organisées en collaboration avec la Direction de la santé dans le cadre de conventions de partenariat conclues entre les ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale, la Caisse nationale de santé et, le cas échéant, des services spécialisés.“

6° L'article 19, alinéa 1 prend la teneur suivante:

„**Art. 19.** Les assurés sont libres de s'adresser aux prestataires de soins de leur choix et ce sans préjudice des centres de compétences et des filières de soins intégrées définis dans la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.“

7° L'article 19, alinéa 3 prend la teneur suivante:

„Cependant dans des cas graves et exceptionnels à constater par la Caisse nationale de santé sur base d'un certificat circonstancié du médecin traitant, l'acte ne figurant pas dans la nomenclature peut être pris en charge sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale qui fixe un tarif en assimilant cet acte à un autre acte de même importance.“

8° A la suite de l'article 19 il est inséré un nouvel article 19bis libellé comme suit:

„**Art. 19bis.** L'assuré peut désigner un médecin référent avec l'accord de celui-ci qui a pour missions:

- 1) d'assurer le premier niveau de recours aux soins;
- 2) d'assurer les soins de prévention et contribuer à la promotion de la santé;
- 3) de suivre régulièrement le contenu du dossier de soins partagé de l'assuré visé à l'article 60quater;
- 4) de superviser le parcours de l'assuré dans le système de soins de santé afin d'éviter les doubles emplois, la surconsommation ou les effets secondaires;
- 5) de coordonner les soins dans les cas de pathologies lourdes ou chroniques ou de soins de longue durée;
- 6) d'informer, d'orienter et de conseiller le patient dans le parcours de soins coordonnés.

Un règlement grand-ducal fixe les qualifications, les droits et les obligations du médecin référent.“

9° L'article 21 prend la teneur suivante:

„La prise en charge des actes, services et fournitures se fait suivant les conditions, modalités et taux déterminés par les statuts.“

10° L'article 22 prend la teneur suivante:

„**Art. 22.** (1) La prise en charge des médicaments dispensés dans les pharmacies ouvertes au public se fait selon une liste positive à publier au Mémorial.

Les décisions d'inscrire ou non un médicament sur la liste ou d'en exclure une catégorie ou un produit déterminé doivent être basées sur les critères découlant des articles 17, alinéa 1 et 23, alinéa 1.

Par dérogation aux dispositions prévues à l'article 23, alinéa 1, peuvent encore être inscrits sur la liste positive les médicaments homéopathiques unitaires fabriqués à partir d'une souche végétale, minérale ou chimique et commercialisés sous forme de globules, granules, comprimés ou gouttes.

La liste des médicaments est établie par les statuts, la Direction de la santé, division de la pharmacie et des médicaments et le Contrôle médical de la sécurité sociale demandés en leurs avis. La décision d'exclure une catégorie de médicaments de cette liste s'opère dans la même forme.

Ne peuvent être inscrits sur la liste positive que des médicaments disposant d'une autorisation de mise sur le marché, d'un prix au public et pour lesquels le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché a introduit une demande auprès de la Caisse nationale de santé en vue de l'inscription du médicament sur la liste positive.

(2) Le président de la Caisse nationale de santé ou son délégué prend les décisions relatives:

- 1) à l'inscription ou non des médicaments sur la liste positive et décide du taux de prise en charge qui leur est applicable. Il décide pareillement de l'exclusion d'un médicament de la liste positive;
- 2) à la première inscription ou au retrait des médicaments de la liste des principes actifs soumis à la base de remboursement prévue à l'article 22bis.

Les décisions visées à l'alinéa précédent sous le point 1) sont prises sur base d'un avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale. Cet avis s'impose au président.

Les décisions du président ou de son délégué sont acquises à défaut d'une opposition écrite formée par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché dans les quarante jours de la notification. L'opposition, qui est suspensive, est vidée par le comité directeur.

(3) Pour des motifs d'intérêt général ou de santé publique, des médicaments répondant aux critères définis selon le paragraphe 1, alinéa 2, mais pour lesquels aucune demande n'a été introduite, peuvent être inscrits d'office sur la liste positive par le comité directeur de la Caisse nationale de santé, la Direction de la santé, division de la pharmacie et des médicaments, et le Contrôle médical de la sécurité sociale demandés en leurs avis.

(4) Un règlement grand-ducal précise les critères et détermine la procédure relative à l'inscription ou non d'un médicament sur la liste positive ou à son exclusion de ladite liste. Ce même règlement peut préciser les critères et déterminer la procédure relative à l'inscription des dispositifs médicaux dans les listes statutaires de l'assurance maladie-maternité."

11° A la suite de l'article 22 il est inséré un nouvel article 22bis libellé comme suit:

„Art. 22bis. La Direction de la santé établit sur base de la classification scientifique internationale dénommée „Anatomical therapeutical chemical classification“ de l'Organisation mondiale de la santé une liste des groupes de médicaments à même principe actif principal, dont ce principe actif principal n'est pas ou n'est plus protégé par un brevet dans le pays de provenance du médicament. Cette liste est mise à jour mensuellement et communiquée à la Caisse nationale de santé. Sur cette liste la Direction de la santé distingue les médicaments pour lesquels il peut y avoir substitution par un autre médicament du même groupe.

Sur base de la liste visée à l'alinéa 1, la Caisse nationale de santé fixe pour tous les médicaments susceptibles de substitution, appartenant au même groupe de principe actif principal, une base de remboursement qui constitue le montant sur lequel porte, par conditionnement, la prise en charge de l'assurance maladie-maternité pour un médicament inscrit dans la liste positive.

La base de remboursement est calculée en fonction de critères relatifs au dosage, à la forme pharmaceutique, à la voie d'administration et au conditionnement des médicaments du groupe à même principe actif principal. Le calcul de la base de remboursement tient compte du prix public unitaire des médicaments composant chaque groupe en comparant le prix public unitaire le plus élevé avec le prix public unitaire le moins élevé. Les modalités de calcul de la base de remboursement sont précisées par règlement grand-ducal.

La liste des groupes de médicaments soumis à une base de remboursement et le montant de cette base sont publiés au Mémorial.

Par dérogation à l'article 5 du règlement No IV dénommé „sur les devoirs spéciaux des pharmaciens et droguistes“ de l'arrêté royal grand-ducal du 12 octobre 1841 portant règlement du

service médical, le pharmacien informe l'assuré lors de la délivrance du médicament qu'il s'agit d'un médicament inscrit sur la liste des groupes de médicaments soumis à une base de remboursement et lui propose une substitution par le médicament le plus économique du même groupe.“

12° A la suite de l'article 22bis il est inséré un nouvel article 22ter libellé comme suit:

„**Art. 22ter.** Par dérogation à l'article 2, alinéa 5 de la loi modifiée du 17 novembre 2004 relative à la concurrence, les décisions relatives à la fixation des prix des médicaments à usage humain sont prises par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Les critères, les conditions et la procédure se rapportant à cette fixation sont déterminés par règlement grand-ducal.“

13° L'article 23, alinéa 2 est modifié comme suit:

„Les statuts de la Caisse nationale de santé prévoient à titre de sanction l'avertissement, la domiciliation auprès d'un prestataire déterminé, une participation plus élevée ou le refus de la prise en charge de prestations dans le chef d'assurés dont la consommation de prestations à charge de l'assurance maladie-maternité est considérée comme abusive d'après des normes y établies, le Contrôle médical de la sécurité sociale entendu en son avis. L'assuré doit restituer les prestations indûment touchées. Les montants à payer ou à restituer par l'assuré peuvent être compensés par la Caisse nationale de santé avec d'autres créances de l'assuré ou être recouverts par le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 429.“

14° L'article 24 prend la teneur suivante:

„**Art. 24.** Les prestations de soins de santé sont accordées, soit sous forme de remboursement par la Caisse nationale de santé et les caisses de maladie aux personnes protégées qui ont fait l'avance des frais, soit sous forme de prise en charge directe par la Caisse nationale de santé, le prestataire de soins n'ayant d'action dans ce dernier cas contre la personne protégée que pour la participation statutaire éventuelle de celle-ci. A défaut de disposition conventionnelle contraire, le mode de la prise en charge directe ne s'applique qu'aux actes, services et fournitures ci-après:

- 1) les analyses médicales de biologie clinique;
- 2) en cas de traitement en milieu hospitalier, l'ensemble des frais de traitement;
- 3) les médicaments;
- 4) la rééducation et la réadaptation fonctionnelles dans un établissement spécialisé;
- 5) la transfusion sanguine;
- 6) les actes des professions de santé visées à l'article 61, alinéa 2, point 3), des établissements d'aides et de soins ainsi que des réseaux d'aides et de soins visés aux articles 389 à 391 disposant d'un contrat d'aides et des soins avec la Caisse nationale de santé.

La prise en charge directe est encore accordée en cas d'indigence de la personne protégée dûment documentée par une attestation établie par l'office social en charge, suivant les modalités déterminées par les dispositions statutaires et conventionnelles.

La Caisse nationale de santé envoie périodiquement à l'assuré un relevé des prestations fournies par voie de prise en charge directe.“

15° L'article 26 est abrogé.

16° L'article 28, alinéa 2 prend la teneur suivante:

„En dehors des revenus de placement et d'autres ressources diverses, les ressources nécessaires sont constituées par des cotisations dont une part est fixée en application du taux de cotisation visé à l'article 29 et une autre part en application du pourcentage fixé à l'article 31.“

17° L'article 29 prend la teneur suivante:

„**Art. 29.** Le taux de cotisation est fixé de manière à couvrir toutes les charges de l'assurance maladie-maternité, y compris la dotation à la réserve et le remboursement à la Mutualité des charges résultant de l'article 54, alinéas 2 et 3. Ce taux de cotisation s'applique à l'assiette visée à l'article 33.

Pour les assurés ayant droit à une prestation en espèce le taux de cotisation est majoré de 0,5 pour cent, avec comme assiette le revenu professionnel visé aux articles 34 à 37, tout en respectant les limites définies à l'article 39.“

18° L'article 30 prend la teneur suivante:

„**Art. 30.** Le taux de cotisation est refixé par le comité directeur avec effet au premier janvier de l'année pour laquelle le budget fait apparaître que le montant de la réserve prévue à l'article 28, alinéa 1, se situe en dehors des limites y prévues.

Si dans les conditions prévues à l'alinéa qui précède, le comité directeur n'a pas refixé le taux au 1er décembre, celui-ci est arrêté par le ministre avant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Le taux de cotisation refixé est publié au Mémorial.“

19° L'article 31, alinéa 1 prend la teneur suivante:

„L'Etat supporte quarante pour cent des cotisations.“

20° L'article 32 est modifié comme suit:

a) L'alinéa 1, premier tiret prend la teneur suivante:

„– par parts égales aux assurés et aux employeurs en ce qui concerne les assurés visés à l'article 1er sous 1), 2), et 3);“

b) L'alinéa 1, 3e tiret prend la teneur suivante:

„– entièrement à charge de l'employeur en ce qui concerne les membres de l'armée, de la police grand-ducale ainsi que le personnel des établissements pénitentiaires et le personnel du Centre de rétention;“

c) L'alinéa 1, 4e tiret prend la teneur suivante:

„– par parts égales aux assurés et aux institutions débitrices des prestations en cause en ce qui concerne les assurés visés à l'article 1er sous 8), 9), 10), 11) et 20);“

d) L'alinéa 1, 6e tiret est complété par les termes „et 14)“.

e) L'alinéa 1, 8e tiret prend la teneur suivante:

„– à l'Etat en ce qui concerne les assurés visés à l'article 1er, sous 7), 13), 15), 16), 17) et 19).“

21° L'article 33 prend la teneur suivante:

„**Art. 33.** L'assiette de cotisation comprend:

1) le revenu professionnel visé aux articles 34 à 37 ainsi que les gratifications, participations et autres avantages même non exprimés en espèces dont l'assuré jouit en raison de son occupation soumise à l'assurance, à l'exclusion toutefois des majorations sur les heures supplémentaires; la valeur des rémunérations en nature est portée en compte suivant la valeur fixée par règlement grand-ducal;

2) l'ensemble des pensions et rentes de l'assuré visées à l'article 1er, alinéa 1, numéros 8) et 9);

3) tout revenu de remplacement sur lequel une retenue de cotisation au titre de la législation luxembourgeoise sur l'assurance maladie-maternité est prévue.

Pour les assurés volontaires, l'assiette de cotisation est fixée dans le cadre du règlement grand-ducal prévu à l'article 2, alinéa 4.

Pour les membres d'associations religieuses et les personnes qui leur sont assimilées, occupés dans un établissement appartenant à leur congrégation, l'assiette cotisable est constituée par le salaire social minimum de référence pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans au moins.

Pour les personnes bénéficiant d'un régime de pension spécial ou d'un régime de pension transitoire spécial pour les fonctionnaires et pour les personnes leur assimilées, l'assiette de cotisation est constituée par les éléments de rémunération visés aux articles 60, 80 et 85 de la loi du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois, y compris l'allocation de fin d'année.“

22° L'article 38 est abrogé.

23° L'article 40 est abrogé.

24° A l'article 43, les alinéas 1 et 2 prennent la teneur suivante:

„La personne âgée de plus de soixante-huit ans et assurée du chef d'une occupation, a droit sur demande au remboursement par année civile des cotisations à sa charge dues, le cas échéant, pour le financement des prestations en espèces.

Lorsque par suite d'un cumul de plusieurs activités ou prestations soumises à l'assurance, l'assiette de cotisation totale d'un assuré dépasse le maximum défini à l'article 39, alinéa 5, l'assuré a droit sur demande au remboursement par année civile de la part de cotisations correspondant à la différence lui incombant conformément à l'article 32 pour le financement des soins de santé et des prestations en espèces."

25° L'article 46, alinéa 4 prend la teneur suivante:

„En matière de frais de soins de santé avancés par les assurés, d'indemnités pécuniaires de maladie et de maternité et d'indemnité funéraire concernant des assurés de la Caisse nationale de santé, le comité directeur siège en l'absence des délégués visés à l'alinéa 1, sous 2), 3) et 4), qui sont remplacés en l'occurrence par trois suppléants désignés par la Chambre des salariés parmi les suppléants des délégués visés à l'alinéa 1, sous 1.)"

26° L'article 47 prend la teneur suivante:

„**Art. 47.** (1) A la demande de l'assuré, toute question à portée individuelle à son égard en matière de prestations ou d'amende d'ordre peut faire l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité directeur.

(2) Tout litige opposant un assuré à la Caisse nationale de santé portant sur l'application d'un tarif prévu par les dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles fait l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué. Si le litige nécessite la mise en intervention du prestataire, celui-ci est mis en demeure par lettre recommandée, avant toute décision, pour prendre position par écrit dans le délai de quarante jours. La décision du président ou de son délégué est notifiée à chacune des parties et peut faire l'objet, dans le délai de quarante jours de la notification, d'un recours devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale et à charge d'appel, quelle que soit la valeur du litige, devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale.

(3) Si un litige porte tant sur une question visée au paragraphe 1 que sur une question visée au paragraphe 2, le litige visé au paragraphe 2 doit être vidé préalablement.

(4) Tout litige opposant un prestataire à la Caisse nationale de santé portant soit sur l'application d'un tarif prévu par les dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles, soit, dans des cas individuels, sur le non-respect des dispositions prévues à l'article 23, alinéa 1, fait l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué.

Un avis écrit du directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale ou de son délégué est obligatoirement joint à la décision de non-respect des dispositions de l'article 23. Pour l'établissement de son avis le directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale ou son délégué peut prendre inspection de tous les dossiers et documents médicaux en rapport avec le litige porté devant le président de la Caisse nationale de santé. Le droit d'inspection s'étend aux lieux où exerce le prestataire concerné, ainsi qu'aux hôpitaux et établissements où le prestataire concerné a effectué les soins.

La décision présidentielle est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par le prestataire dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le Conseil arbitral de la sécurité sociale et à charge d'appel, quelle que soit la valeur du litige, par le Conseil supérieur de la sécurité sociale.

(5) La décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué constatant une violation de l'article 23, alinéa 1 se prononce, outre sur le fond et sur la restitution éventuelle de sommes indûment touchées, sur un avertissement du prestataire. En cas de récidive dans un délai de deux ans le président de la Caisse nationale de santé ou son délégué peut prononcer dans sa décision une amende d'ordre dont le montant est égal à cent cinquante pour cent des prestations identifiées comme ayant été indûment accordées ou prescrites, sans pouvoir être inférieur à cinq cents euros.

(6) Les montants à payer ou à restituer par l'assuré ou par le prestataire en application des dispositions du présent article peuvent être compensés par la Caisse nationale de santé avec d'autres

créances de l'assuré ou du prestataire ou être recouvrés par le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 429."

27° L'article 48 prend la teneur suivante:

„**Art. 48.** La Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics, la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux et l'Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois sont compétentes pour la liquidation des prestations de soins de santé avancées par les assurés, ainsi que pour la liquidation de l'indemnité pécuniaire de maternité et de l'indemnité funéraire. Elles peuvent encore être chargées des attributions d'une agence au sens de l'article 413, alinéa 3, d'après les modalités y prévues.“

28° L'article 51, alinéa 2 prend la teneur suivante:

„Tout litige opposant un assuré à sa caisse de maladie portant sur l'application d'un tarif prévu par les dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles fait l'objet d'une décision du président de la caisse de maladie compétente ou de son délégué. Si le litige nécessite la mise en intervention du prestataire, celui-ci est mis en demeure par lettre recommandée, avant toute décision, pour prendre position par écrit dans le délai de quarante jours. Dans le même délai la caisse de maladie compétente doit demander l'avis du président de la Caisse nationale de santé. La décision du président ou de son délégué est notifiée à chacune des parties et peut faire l'objet, dans le délai de quarante jours de la notification, d'un recours devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale et à charge d'appel, quelle que soit la valeur du litige, devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale.“

29° L'article 60 prend la teneur suivante:

„**Art. 60.** Les relations entre les prestataires de soins et l'assurance maladie-maternité sont réglées par les articles 74 à 79 ou les articles 61 à 73, suivant qu'il s'agit de prestations dispensées dans le secteur hospitalier ou en dehors de ce secteur.

Sont considérées comme prestations du secteur hospitalier toutes les prestations en nature dispensées à des assurés traités dans un hôpital, un établissement hospitalier spécialisé ou un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie au sens de la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

Sans préjudice de l'article 64, alinéa 2, point 8), les actes et services des médecins et médecins-dentistes sont pris en charge conformément aux articles 61 à 73, même s'ils sont prestés dans le secteur hospitalier.

Les activités des médecins prises en charge moyennant le budget hospitalier ne donnent pas lieu à une rémunération suivant la nomenclature des actes.“

30° A la suite de l'article 60 il est inséré un nouvel article 60bis libellé comme suit:

„**Art. 60bis.** Tout prestataire de soins de santé visé à l'article 61, tout établissement hospitalier, tout réseau d'aides et de soins visé à l'article 389, tout établissement d'aides et de soins visé aux articles 390 et 391, dépositaire d'un dossier de soins ou d'éléments d'un tel dossier, de données médicales sous forme de rapports médicaux, de résultats d'analyses, de comptes rendus d'investigations diagnostiques, d'ordonnances ou de prescriptions, d'imagerie médicale ou de tout document ou effet intéressant l'état de santé ou le traitement thérapeutique d'un assuré, doit en donner communication, sur sa demande, au médecin référent, à tout médecin désigné par l'assuré et au Contrôle médical de la sécurité sociale.

Au cas où le dépositaire ne saurait produire les pièces dont il est réputé être dépositaire dans le délai de quinze jours à partir de la requête écrite de l'assuré, celui-ci peut demander la restitution des frais qu'il peut justifier avoir exposés pour les prestations afférentes, ce sans préjudice du droit de la Caisse nationale de santé de récupérer les frais qu'elle a supportés.

Les dispositions organisant la documentation des diagnostics et des prestations effectuées, la transmission et la circulation des données et informations entre les prestataires de soins, les assurés, le Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé ainsi que les caisses de maladie sont fixés par règlement grand-ducal.“

31° A la suite de l'article 60bis il est inséré un nouvel article 60ter libellé comme suit:

„**Art. 60ter.** (1) Il est mis en place une „Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé“, désignée ci-après par l'„Agence“ qui a pour missions:

- 1) la réalisation, le déploiement, l'exploitation et la gestion administrative et technique d'une plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé, ainsi que d'applications et de systèmes informatiques de santé à l'échelle nationale, comportant:
 - le dossier de soins partagé dont question à l'article 60quater;
 - d'autres projets informatiques à envergure nationale visant à faciliter l'échange, le partage ou une meilleure utilisation des données de santé;
 - les systèmes électroniques de communication avec la plateforme et ses applications, les mécanismes de sécurité et les autres services de base y liés;
 - la communication de données avec des plateformes similaires dans d'autres Etats membres de l'Union européenne;
- 2) la promotion de l'interopérabilité et de la sécurité dans la mise en place de systèmes d'information de santé, moyennant:
 - la production et la promotion de référentiels contribuant à l'interopérabilité et à la sécurité des systèmes d'information de santé;
 - le support à la convergence des systèmes d'information de santé en termes d'implémentation des référentiels d'interopérabilité;
 - la vérification de l'implémentation des référentiels d'implémentation;
 - la veille au niveau des standards pour les systèmes d'information en santé;
 - la collaboration avec les organisations internationales en charge de la standardisation dans le domaine des systèmes d'information de santé;
- 3) l'établissement et la tenue à jour d'un schéma directeur des systèmes d'information de santé, déclinant une stratégie nationale, articulée avec les priorités sanitaires du pays d'une part et les besoins d'échange et de partage des acteurs du secteur d'autre part. Ce schéma directeur organise en outre les projets et activités directement ou indirectement gérés par l'Agence, ainsi que les autres projets stratégiques de systèmes d'information contribuant au partage et à l'échange de données de santé, gérés directement par les acteurs du secteur;
- 4) le conseil des autorités de tutelle en matière des choix stratégiques des systèmes d'information de santé.

L'Agence est soumise à l'autorité conjointe des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale. Elle soumet annuellement aux ministres de tutelle:

- le schéma directeur informatique dont question ci-avant;
- son rapport annuel;
- un budget prévisionnel pluriannuel, ainsi que les comptes de l'exercice écoulé.

(2) La fonction d'Agence est confiée à un groupement d'intérêt économique, regroupant l'Etat, la Caisse nationale de santé et le Centre commun de la sécurité sociale, ainsi que des organismes représentatifs des prestataires des soins et des associations représentant l'intérêt des patients.

L'Agence peut recourir aux services du Centre commun de la sécurité sociale pour la gestion des droits d'accès des personnes assurées et des prestataires de soins.

(3) Le financement des missions de l'Agence définies à l'alinéa 1 est pris en charge à raison de deux tiers par la Caisse nationale de santé et d'un tiers par l'Etat. L'Agence peut acquérir des fonds d'autres sources."

32° A la suite de l'article 60ter il est inséré un nouvel article 60quater libellé comme suit:

„Art. 60quater. (1) L'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé tient à la disposition des prestataires et des patients un dossier de soins partagé.

(2) Le dossier de soins partagé regroupe les données médicales et autres informations concernant le patient, utiles et pertinentes afin de favoriser la sécurité, la continuité des soins, la coordination des soins, ainsi qu'une utilisation efficiente des services de soins de santé. Il comporte ainsi notamment:

- 1) les actes et données médicaux mentionnés à l'article 60bis, alinéa 1;

- 2) les prescriptions effectuées dans le domaine des analyses médicales de biologie clinique, d'imagerie médicale et de médicaments, et le cas échéant les résultats y afférents;
- 3) l'historique et les comptes rendus de la prise en charge de certaines prestations de soins de santé;
- 4) des informations ou déclarations introduites par le patient lui-même.

(3) L'accès au dossier de soins partagé est réservé:

- 1) au médecin référent, au médecin traitant et aux professionnels de santé participant à la prise en charge du patient;
- 2) sur sa demande, au Contrôle médical de la sécurité sociale;
- 3) sur leur demande, aux officiers de police judiciaire de la Direction de la santé chargés d'une enquête;
- 4) à la direction de l'établissement hospitalier pour les données des patients traités en leur sein, afin de pouvoir assurer la gestion des risques et la qualité des soins, ainsi que la planification de l'activité et de l'organisation des soins.

(4) Chaque patient peut à tout moment s'opposer au partage de données le concernant au sein d'un dossier de soins partagé.

Dans ce cas les données le concernant ne sont plus publiées, chaque prestataire peut toutefois avoir accès aux informations concernant les ordonnances, prescriptions, comptes-rendus ou autres actes qu'il a lui-même accomplis.

(5) L'Agence, la Direction de la santé, l'Inspection générale de la sécurité sociale et la Caisse nationale de la santé, échangent à l'aide de procédés automatisés ou non des informations rendues anonymes à des fins statistiques ou épidémiologiques. Les procédés automatisés se font moyennant interconnexion de données et sous garantie d'un accès sécurisé, limité et contrôlé.

(6) La Commission nationale pour la protection des données demandée en son avis, un règlement grand-ducal précise les modalités et conditions de la mise en place du dossier de soins partagé, notamment en ce qui concerne:

- 1) la procédure détaillée de création et de suppression du dossier de soins partagé;
- 2) la procédure et les modalités d'accès au dossier par le patient et les prestataires et les modalités d'après lesquels le patient peut accéder aux traces d'accès à son dossier de soins partagé;
- 3) la détermination de niveaux d'accès différents tenant compte des attributions des différentes catégories de prestataires;
- 4) les procédures, les nomenclatures et les terminologies standardisées, les formats et autres normes, de même que les modalités techniques suivant lesquelles les informations et documents électroniques sont à verser au dossier de soins partagé;
- 5) les délais dans lesquels les prestataires de soins, la Caisse nationale de santé et toute autre dépositaire ou détenteur d'éléments du dossier doit les verser au dossier de soins partagé;
- 6) le cas échéant, l'ouverture d'un dossier de soins partagé pour les bénéficiaires de soins de santé au pays qui ne sont pas des assurés résidents;
- 7) le cas échéant, les modalités de coopération et de transfert de données transfrontalières avec les autorités afférentes d'un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

Ce règlement grand-ducal précise également les modalités d'établissement et la forme des informations et des documents à verser au dossier de soins partagé."

33° L'article 61, alinéa 2, point 3) prend la teneur suivante:

„3) séparément pour les différentes professions de la santé;“

34° L'article 64 prend la teneur suivante:

„**Art. 64.** Les conventions déterminent obligatoirement:

- 1) les modalités de la procédure de transmission et de circulation des données et informations des prestataires de soins avec les assurés, le Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse natio-

nale de santé ainsi que les caisses de maladie, notamment par des formules standardisées pour les honoraires et les prescriptions, par des relevés ou tout autre moyen de communication;

- 2) les engagements relatifs au respect de la nomenclature des actes pour les prestataires concernés;
- 3) en cas de prise en charge directe par la Caisse nationale de santé, les conditions et les modalités de la mise en compte des intérêts légaux en cas de paiement tardif;
- 4) la périodicité exprimée en années de la révision des tarifs non établis moyennant une lettre-clé;
- 5) 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.

Pour les médecins et les médecins-dentistes, la convention détermine en outre obligatoirement:

- 1) les engagements relatifs au respect, dans le cadre des dispositions légales et réglementaires, de la liberté d'installation du médecin, du libre choix du médecin par le malade, de la liberté de prescription du médecin, du secret professionnel;
- 2) les dispositions obligeant les médecins à s'abstenir de prescrire des prestations inutilement onéreuses et à veiller à une médication économique compatible avec l'efficacité du traitement, conforme aux données acquises par la science et conforme à la déontologie médicale;
- 3) les modalités du dépassement des tarifs visés à l'article 66, alinéa 3;
- 4) les bonnes pratiques médicales opposables aux médecins et médecins-dentistes élaborées à partir de critères scientifiquement reconnus et permettant d'identifier les soins et prescriptions dépassant l'utile et le nécessaire;
- 5) les sanctions financières en cas de non-observation des bonnes pratiques médicales opposables consistant dans la restitution, éventuellement forfaitaire, de tout ou partie des honoraires afférents ou du paiement d'une partie des soins ou prescriptions à la Caisse nationale de santé;
- 6) les modalités de l'établissement des rapports d'activité des prestataires de soins prévus à l'article 418 et de l'évaluation d'éventuelles déviations constatées;
- 7) le seuil minimal de prescription de médicaments pour lesquels une base de remboursement a été fixée conformément à l'article 22bis;
- 8) les domaines d'application de la rémunération salariée;
- 9) les modalités d'application de la procédure de désignation, de changement et de retrait du médecin référent ainsi que le remplacement du médecin référent en cas d'absence.

Pour les prestataires de soins autres que les médecins et médecins-dentistes constitués sous forme de personne morale, la convention détermine en outre obligatoirement l'engagement de tenir une comptabilité suivant un plan comptable uniforme complété par une partie analytique. Le plan comptable ainsi que les modalités et les règles de la comptabilité analytique sont fixés par la Caisse nationale de santé.

Pour les prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2 sous 3) et 12), la convention détermine en outre obligatoirement:

- 1) les lignes directrices ainsi que les standards de référence en matière de qualité;
- 2) l'engagement d'assurer la continuité des soins;
- 3) les modalités de la documentation des soins, de la facturation et du paiement des prestations fournies ainsi que de leur vérification.

Pour les pharmaciens, la convention détermine en outre obligatoirement les règles applicables en cas de substitution d'un médicament à un autre dans le cadre de l'application de l'article 22bis.“

35° L'article 65 prend la teneur suivante:

„**Art. 65.** Les actes, services professionnels et prothèses dispensés par les prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1) à 7) et 12) et pris en charge par l'assurance maladie-maternité sont inscrits dans des nomenclatures différentes.

Dans chacune des nomenclatures des prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1) à 4) et 12), chaque acte ou service est désigné par la même lettre-clé et par un coefficient. La lettre-clé est un signe dont la valeur en unité monétaire est fixée par voie conventionnelle. Le coefficient est un nombre exprimant la valeur relative de chaque acte professionnel inscrit dans chacune des nomenclatures visées au présent alinéa tenant compte notamment de la durée, de la compétence technique et de l'effort intellectuel requis pour le dispenser.

Dans la nomenclature des prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, point 1) les spécialités médicales et des normes de compétences spécifiques et d'expériences professionnelles sont détaillées. La nomenclature peut en outre prévoir une orientation prioritaire ou exclusive de la dispensation de certains actes suivant des filières des soins intégrées ou planifiées ou vers des centres de compétences tels que définis dans la loi sur les établissements hospitaliers.

Lorsque l'acte ou le service professionnel implique l'utilisation d'un appareil, la nomenclature peut fixer un forfait couvrant les frais directs et indirects résultant de l'utilisation de l'appareil.

Les nomenclatures peuvent prévoir une cotation forfaitaire pour un ensemble d'actes ou de services professionnels dispensés pour une période de traitement ou un traitement déterminé. Cette cotation forfaitaire s'impose pour les prestations de soins de la profession d'infirmier à l'égard des personnes dépendantes au sens du Livre V et pour les actes et services dispensés par les prestataires visés à l'article 61 sous 12).

Elles peuvent également prévoir la réduction ou l'augmentation du tarif des actes et services dans des conditions qu'elles déterminent.

Les nomenclatures des actes, services professionnels et prothèses sont déterminées par des règlements grand-ducaux sur base d'une recommandation circonstanciée de la Commission de nomenclature.

La Commission de nomenclature se compose de:

- 1) trois membres dont le président, désignés par arrêté conjoint des ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale et la Santé; deux membres au moins doivent avoir la qualité de médecin;
- 2) deux membres désignés par le comité directeur de la Caisse nationale de santé;
- 3) deux membres désignés par le ou les groupements signataires de la convention pour les médecins;
- 4) d'un membre désigné par le Collège médical;
- 5) en fonction de la nomenclature en cause, un membre désigné par le ou les groupements signataires de la convention concernée;
- 6) un membre désigné par le groupement représentatif des hôpitaux.

Pour chaque membre effectif un membre suppléant est désigné d'après les modalités prévues ci-dessus.

La Commission est assistée dans l'accomplissement de ses missions par la Cellule d'expertise médicale, à laquelle elle doit obligatoirement demander des avis des affaires dont elle est saisie.

La Commission de nomenclature peut se saisir elle-même de toute affaire relative à ses attributions. Elle peut être saisie également de toute proposition d'inscription, de modification ou de suppression d'actes, services ou fournitures par les ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale ou la Santé, le Collège médical, le Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé, la Commission de surveillance ou encore par les parties signataires des conventions.

La modification du coefficient d'un acte ou service figurant dans la nomenclature doit intervenir avant le 1er décembre et ne prend effet que le 1er janvier de l'exercice suivant.

Le fonctionnement de la Commission, la procédure à suivre, les éléments constituant la demande standardisée d'inscription ainsi que l'indemnisation des membres et experts commis sont déterminés par un règlement grand-ducal. Ce règlement grand-ducal peut également prévoir des modalités de validation provisoire et de révision obligatoire. Dans les votes au sein de la commission, celui du président prévaut en cas de partage des voix.

Les frais de fonctionnement de la Commission sont entièrement à charge de l'Etat."

36° A la suite de l'article 65 il est inséré un nouvel article 65bis ayant la teneur suivante:

„**Art. 65bis.** (1) Il est créée sous l'autorité des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale une Cellule d'expertise médicale qui a pour missions:

- 1) de proposer, en s'orientant suivant des référentiels acquis par la science, le libellé et les coefficients des actes, d'en produire une définition complète et d'en préciser les indications et les conditions d'application;
- 2) de s'enquérir de l'évaluation scientifique des dispositifs médicaux et de procéder à l'émission de recommandations pour leur bon usage permettant de déterminer le bien-fondé de la prise en charge par l'assurance maladie-maternité;
- 3) de contribuer à l'élaboration de standards de bonnes pratiques médicales prévues à l'article 64 et à leur promotion auprès des professionnels de la santé;
- 4) d'analyser des avis concernant le résultat attendu d'un acte ou d'une source, en fonction de son intérêt diagnostique ou thérapeutique, de son impact sur la santé de la population et de son impact financier;
- 5) d'assurer le secrétariat et l'appui technique de la Commission de nomenclature et du Conseil scientifique.

La Cellule d'expertise médicale, qui est rattachée administrativement à l'Inspection générale de la sécurité sociale, est composée de façon pluridisciplinaire par des agents détachés par le Contrôle médical de la sécurité sociale, la Direction de la santé ou affectés par l'Inspection générale de la sécurité sociale.

La Cellule peut conclure des accords de partenariat avec des services spécialisés nationaux, internationaux ou étrangers en vue de la réalisation de ses missions.

La Cellule peut s'adjoindre des experts. Elle doit fournir des avis et des expertises à la demande des ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale ou la Santé ou la Caisse nationale de santé. Ces expertises ne peuvent porter sur l'évaluation de l'état de santé, de diagnostics ou traitements de patients individuels.

(2) Il est institué auprès de la Cellule d'expertise médicale un Conseil scientifique qui a pour mission d'élaborer et de contribuer à la mise en oeuvre de standards de bonnes pratiques médicales.

Un règlement grand-ducal détermine la composition et le fonctionnement du conseil ainsi que l'indemnisation de ses membres et experts.“

37° L'article 66 prend la teneur suivante:

„**Art. 66.** Les tarifs des actes et des services professionnels opposables aux prestataires sont fixés en multipliant les coefficients prévus à l'article 65, alinéas 2 et 3, par la valeur des lettres-clés respectives.

Les valeurs des lettres-clés des nomenclatures des prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1) à 3) et 12) correspondent au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1^{er} janvier 1948 et sont adaptées suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'Etat à l'exception des tarifs pour location d'appareils visés à l'article 65, alinéa 4.

Toutefois, les conventions pour les médecins et les médecins-dentistes prévoient obligatoirement les modalités du dépassement, à charge des assurés, des tarifs fixés conformément à l'alinéa qui précède:

- 1) pour les convenances personnelles sollicitées par les personnes protégées en milieu hospitalier et ambulatoire;
- 2) après devis préalable pour les prothèses et autres prestations dentaires dépassant l'utile et le nécessaire.“

38° A l'article 67 le terme „revalorisation“ est partout remplacé par le terme „adaptation“.

39° L'article 69 prend la teneur suivante:

„**Art. 69.** En l'absence d'accord avant le 31 décembre sur l'adaptation 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.

A défaut d'entente collective:

- 1) sur l'élaboration d'une nouvelle convention après un délai de négociation de six mois suivant la convocation faite par la Caisse nationale de santé;
- 2) sur l'adaptation de la convention dans les six mois suivant la dénonciation totale ou partielle de l'ancienne convention;
- 3) sur les dispositions obligatoires de la convention visées à l'article 64 et à l'article 66, alinéa 3, après un délai de négociation de six mois suivant la convocation faite par la Caisse nationale de santé,

l'Inspection générale de la sécurité sociale convoque les parties en vue de la désignation d'un médiateur.

Si les parties ne s'entendent pas sur la personne du médiateur, celui-ci est désigné par tirage au sort sur une liste comprenant six personnes ayant accepté cette mission. Cette liste est établie pour la durée de cinq années par les parties signataires de la convention et, à défaut, par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Le médiateur peut s'adjoindre un ou plusieurs experts. Il est assisté d'un fonctionnaire à mettre à sa disposition par l'Inspection générale de la sécurité sociale pour assurer le secrétariat administratif.

Un règlement grand-ducal détermine la procédure à suivre, les indemnités et les autres modalités d'application du présent article.“

40° L'article 70 prend la teneur suivante:

„**Art. 70.** (1) Lorsque la médiation déclenchée en vertu de l'article 69, alinéa 1, n'aboutit pas à un accord sur l'adaptation de la lettre-clé, le médiateur dresse un procès-verbal de non-conciliation qu'il transmet au Conseil supérieur de la sécurité sociale.

Le Conseil supérieur de la sécurité sociale rend une sentence arbitrale qui n'est susceptible d'aucune voie de recours. Elle doit être prononcée avant l'expiration de l'ancienne convention.

(2) Lorsque la médiation déclenchée en vertu de l'article 69, alinéa 2 n'aboutit pas, dans un délai de trois mois à partir de la nomination d'un médiateur, à une convention ou à un accord sur les dispositions conventionnelles obligatoires, le médiateur dresse un procès-verbal de non-conciliation qu'il transmet au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Les dispositions tenant lieu de convention sont alors arrêtées par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

(3) Les conventions et les sentences arbitrales s'appliquent à l'ensemble des prestataires dans leurs relations avec les personnes couvertes par l'assurance maladie-maternité. Elles sont applicables non seulement aux prestataires exerçant pour leur propre compte, mais également aux médecins et médecins-dentistes exerçant sous tout autre régime ainsi qu'aux autres prestataires exerçant dans le secteur extrahospitalier sous le régime du contrat de travail ou d'entreprise.“

41° L'article 71 est abrogé.

42° L'article 72 prend la teneur suivante:

„**Art. 72.** Il est institué auprès du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale une Commission de surveillance compétente pour instruire les affaires qui sont portées devant elle par la Caisse nationale de santé sur base:

- 1) des constatations relevées des rapports d'activité d'un médecin ou d'un médecin-dentiste par le Contrôle médical de la sécurité sociale en vertu de l'article 418;
- 2) des faits signalés par le président de la Caisse nationale de santé ou par son délégué susceptibles de constituer une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles auxquelles sont astreints les prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, ainsi que les personnes placées sous leur autorité ou agissant pour leur compte.

L'instruction a pour objet de constater dans le chef des prestataires visés à l'article 61, alinéa 2:

- 1) l'inobservation des dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ayant abouti ou tenté d'aboutir à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation de soins de santé ou en espèces par l'assurance maladie-maternité;

- 2) le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fautive, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information par l'institution de sécurité sociale compétente ou par le Contrôle médical de la sécurité sociale;
- 3) les agissements ayant pour effet de faire obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'institution de sécurité sociale compétente;
- 4) les manquements aux formalités administratives imposées par les dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles;
- 5) le refus du prestataire de reporter dans le dossier de soins partagé les éléments issus de chaque acte ou consultation, dès lors que l'assuré ne s'est pas explicitement opposé au report de cet acte ou consultation dans son dossier de soins partagé;
- 6) la violation des bonnes pratiques médicales opposables ou du seuil de prescription des médicaments disposant d'une base de remboursement;
- 7) la prescription ou l'exécution de prestations superflues ou inutilement onéreuses en violation de l'article 23, alinéa 1;
- 8) les agissements exposant l'assuré à des dépassements d'honoraires non conformes aux dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles.

La Commission est composée d'un président et de quatre délégués. En cas d'empêchement du président, la Commission est présidée par un vice-président. Le président et le vice-président sont nommés en raison de leur compétence juridique dans le domaine de la sécurité sociale, par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. Le président et le vice-président sont assistés par un secrétariat permanent, rattaché au ministère de la Sécurité sociale.

Pour chaque affaire le président désigne les quatre délégués suivant les modalités suivantes:

- 1) deux délégués sont choisis par le président sur une liste de dix personnes établie par le comité directeur de la Caisse nationale de santé. Cinq des délégués figurant sur cette liste représentent les secteurs visés aux points 1 à 4 de l'article 46 et cinq autres délégués les secteurs visés aux points 5 à 8 du même article;
- 2) pour les affaires mettant en cause un médecin ou un médecin-dentiste, le troisième délégué est choisi sur une liste de cinq personnes établie par le Collège médical et le quatrième délégué est choisi sur une liste de cinq personnes établie par le groupement représentatif des médecins et des médecins-dentistes;
- 3) pour les affaires mettant en cause un autre prestataire visé à l'article 61, alinéa 2 que celui visé au point précédent, le troisième délégué est choisi sur une liste de cinq personnes établie par le Conseil supérieur des professions de santé et le quatrième délégué est choisi sur une liste de cinq personnes établie par chaque groupement professionnel signataire d'une des conventions visées à l'article 61, alinéa 2.

A défaut de listes présentées par le comité directeur de la Caisse nationale de santé, le Collège médical, le groupement représentatif des médecins et des médecins-dentistes, le Conseil supérieur des professions de santé ou les groupements professionnels signataires d'une des conventions visées à l'article 61, alinéa 2, il appartient au ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions de les établir.

Un règlement grand-ducal détermine le fonctionnement de la Commission, la procédure à suivre ainsi que l'indemnisation des membres et des experts commis. Les frais de fonctionnement sont entièrement à charge de l'Etat."

43° L'article 72bis est abrogé.

44° L'article 73 prend la teneur suivante:

„Art. 73. Dans le cadre de son instruction la Commission de surveillance convoque le ou les prestataires pour les entendre en leurs explications. Elle peut décider la mise en intervention du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué et du directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale ou de son délégué. Elle peut décider la jonction d'affaires.

La Commission de surveillance peut procéder à des mesures d'investigation qu'elle peut déléguer au président ou au vice-président. Elle peut recourir aux services d'experts et demander l'avis à la Cellule d'expertise médicale.

Si un litige porte tant sur une question visée à l'article 47, paragraphe 4, que sur une question visée à l'article 72, le litige visé à l'article 72 doit être vidé préalablement.

Le directeur du Contrôle médical ou son délégué peut prendre inspection de tous dossiers et documents médicaux en rapport avec les affaires portées devant la Commission et peut en exiger copie. Le droit d'inspection s'étend aux lieux où exerce le prestataire convoqué, ainsi qu'aux hôpitaux et établissements où celui-ci a effectué des soins.

Si, à la clôture de son instruction, la Commission de surveillance estime être en présence d'une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles au sens de l'article 72, alinéa 2, elle renvoie l'affaire devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

La Commission de surveillance peut préalablement à sa décision de renvoi décider de recourir à une médiation débouchant le cas échéant sur une transaction s'il lui apparaît qu'une telle mesure est susceptible de mettre fin aux pratiques contraires aux dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles visées à l'article 72, alinéa 2, d'en supprimer les effets et d'assurer la réparation du préjudice économique subi par la Caisse nationale de santé.“

45° A la suite de l'article 73 il est inséré un nouvel article 73bis libellé comme suit:

„**Art. 73bis.** Pour les affaires renvoyées par la Commission de surveillance, le Conseil arbitral de la sécurité sociale examine le rapport d'instruction de la Commission de surveillance et peut, après une procédure contradictoire en présence du prestataire, d'une part, et du directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale ou de son délégué ou bien du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué, d'autre part, prononcer à l'encontre du prestataire concerné, sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et disciplinaires, en fonction de la nature et de la gravité des faits dont il est reconnu coupable:

- 1) une amende d'ordre au profit de la Caisse nationale de santé, ne pouvant dépasser vingt-cinq mille euros. En cas de récidive dans un délai de deux ans l'amende d'ordre ne peut être ni inférieure à vingt-cinq mille euros ni supérieure à cinq cent mille euros;
- 2) la restitution, à la Caisse nationale de santé, des montants indûment perçus, augmentés des intérêts légaux;
- 3) la soumission obligatoire et exclusive, pendant une période de cinq ans au plus, du prestataire au régime conventionnel prévoyant une prise en charge directe par la Caisse nationale de santé de toutes les prestations effectuées pour compte des assurés;
- 4) la limitation du nombre d'actes et de services professionnels par assuré en moyenne que le prestataire ne peut pas dépasser pendant une période future de trois années au plus, sous peine de restitution des honoraires afférents. Ce maximum peut s'appliquer à tout ou partie de l'activité du prestataire.

Les sanctions ci-dessus sont cumulables.

Si les faits incriminés ne sont pas imputables à un prestataire individualisé exerçant dans le cadre d'une association, les sanctions peuvent être prononcées solidairement à l'encontre de tous les membres de cette association.

Le Conseil arbitral de la sécurité sociale peut ordonner les mesures de publicité à donner à sa décision.

Les décisions du Conseil arbitral de la sécurité sociale sont susceptibles d'appel devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale quelle que soit la valeur du litige. L'appel qui, sous peine de forclusion, doit intervenir dans les quarante jours de la notification de la décision du Conseil arbitral de la sécurité sociale, a un effet suspensif.

Les montants à payer ou à restituer par le prestataire en application des dispositions du présent article ou de celui qui précède peuvent être compensés par la Caisse nationale de santé avec d'autres créances du prestataire ou être recouvrés par le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 429.“

46° L'article 74 prend la teneur suivante:

„**Art. 74.** Sur base d'un rapport d'analyse prévisionnel établi par l'Inspection générale de la sécurité sociale, la Caisse nationale de la santé et la Commission permanente pour le secteur hospitalier entendues en leur avis, le gouvernement fixe dans les années paires, au 1er octobre au plus tard, une enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier pour les deux exercices à venir.

Les éléments de l'enveloppe sont établis sur base de l'évolution démographique de la population résidente, de la morbidité, des pratiques d'une médecine basée sur des preuves scientifiques et en tenant compte de la croissance économique du pays. L'enveloppe est déterminée en outre par les dispositions du plan hospitalier. Un règlement grand-ducal peut préciser les règles d'établissement de l'enveloppe budgétaire globale et des budgets spécifiques des hôpitaux, ainsi que les éléments à inclure de façon forfaitaire.

En tenant compte de l'enveloppe budgétaire globale, la Caisse nationale de santé prend en charge les prestations du secteur hospitalier d'après des budgets arrêtés séparément pour chaque hôpital visé à l'article 60, alinéa 2 sur base de son activité prévisible pour deux exercices à venir. Sont opposables à la Caisse nationale de santé les coûts convenus entre la Caisse nationale de santé et l'hôpital des activités dûment autorisées en application de la législation hospitalière. Les budgets comprennent l'amortissement des investissements mobiliers et immobiliers dans la mesure où ils sont conformes au plan hospitalier et n'ont pas été financés par les pouvoirs publics. Dans la mesure où l'investissement est soumis à une autorisation préalable en vertu d'une disposition légale ou réglementaire, l'amortissement n'est opposable que si cette autorisation a été accordée.

Ne sont pas opposables à la Caisse nationale de santé les prestations étrangères à l'objet de l'assurance maladie-maternité tel que défini à l'article 17 et de l'assurance accident tel que défini à l'article 97, ainsi que les prestations faites à titre de convenance personnelle de la personne protégée et celles fournies à des personnes non protégées au titre des livres I et II du présent code ou d'une convention bi-ou multilatérale en matière de sécurité sociale.

Sont portées en déduction des budgets hospitaliers opposables, les coûts des prestations opposables, rémunérées individuellement ou sous forme de forfaits et les participations des personnes protégées.

Pour les activités administratives, logistiques et auxiliaires médicales, la prise en charge peut être subordonnée à une organisation nationale des activités conformément aux dispositions prévues dans la loi sur les établissements hospitaliers.

Les actes et prestations dispensés par un laboratoire hospitalier en milieu extrahospitalier et figurant dans la nomenclature des actes et des services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique sont pris en charge suivant les modalités régissant le milieu extrahospitalier.

Chaque hôpital doit tenir une comptabilité suivant un plan comptable uniforme complété par une partie analytique reflétant les coûts liés aux différents services hospitaliers et différenciant les charges et recettes liées aux activités opposables ou non opposables à l'assurance maladie-maternité. Le plan comptable ainsi que les modalités et les règles de la comptabilité analytique sont fixés par la Caisse nationale de santé.

Afin que la comptabilité analytique puisse prendre en compte le coût de l'activité médicale hospitalière et différencier les coûts liés aux différents traitements et aux prestations fournies par patient, la Caisse nationale de santé met à disposition de l'établissement hospitalier le relevé des actes prestés aux patients par les médecins y agréés."

47° L'article 77 prend la teneur suivante:

„Art. 77. Annuellement avant le 1er avril, l'Inspection générale de la sécurité sociale élabore une circulaire servant aux hôpitaux pour l'établissement de leurs budgets et comprenant l'estimation de l'évolution prévisible des facteurs économiques exogènes intervenant dans l'établissement des budgets.

Chaque établissement hospitalier soumet son budget pour les deux exercices à venir au plus tard le 1er juillet à la Caisse nationale de santé.

Avant le 1er janvier, la Caisse nationale de santé soumet par écrit tout différend éventuel à une commission des budgets hospitaliers instituée dans le cadre de la convention prévue à l'article 75. Cette commission est composée de deux représentants de la Caisse nationale de santé et de deux représentants des hôpitaux, dont un de l'hôpital concerné, ainsi que d'un président désigné d'un commun accord par les parties. Si les parties ne s'entendent pas sur la personne du président, celui-ci est désigné d'après les modalités prévues à l'article 69, alinéa 2.

La commission est chargée d'une mission de conciliation dans le cadre de l'établissement des budgets à arrêter entre la Caisse nationale de santé et les différents hôpitaux. Si la commission ne

parvient pas à concilier les parties dans les deux mois de la saisine, elle tranche le litige en dernier ressort avant le 1er mars.“

48° L'article 78 prend la teneur suivante:

„**Art. 78.** La Caisse nationale de santé verse au début de chaque mois à chaque hôpital un montant correspondant à un douzième des frais annuels non liés à l'activité, prévus au budget établi conformément aux dispositions de l'article qui précède.

Les frais directement proportionnels à l'activité non couverts par des forfaits sont payés mensuellement en fonction des unités d'oeuvre accomplies dans les différentes entités fonctionnelles de l'hôpital sur base d'un état justificatif comprenant par cas traité les unités d'oeuvre réalisées.

Les forfaits sont payés mensuellement sur base d'un état justificatif.“

49° L'article 79 est complété d'un nouvel alinéa 3 libellé comme suit:

„Au plus tard douze mois après la fin de l'exercice en question, la Caisse nationale de santé arrête le décompte définitif.“

50° L'article 84, alinéa 4 est complété par la phrase suivante:

„Il en est de même du remboursement par la Mutualité des employeurs des charges salariales pendant la période prévue à l'article L. 121-6 du Code du travail.“

51° L'article 146, alinéa 2 prend la teneur suivante:

„Tout litige opposant un prestataire de soins à l'Association d'assurance accident dans le cadre de la prise en charge directe prévue à l'article 98 fait l'objet d'une décision du président ou de son délégué. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par le prestataire dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le Conseil arbitral de la sécurité sociale et à charge d'appel, quelle que soit la valeur du litige par le Conseil supérieur de la sécurité sociale.“

52° L'article 150 prend la teneur suivante:

„**Art. 150.** La charge des cotisations incombe à l'employeur en ce qui concerne les assurés visés à l'article 85 sous 1), 2), 3), 6), 9), 10) et 11), à la congrégation religieuse en ce qui concerne les assurés visés à l'article 85 sous 4) et à l'Etat en ce qui concerne les assurés visés à l'article 85 sous 5). La cotisation est à charge de l'assuré visé à l'article 85 sous 7), le cas échéant, en lieu et place du ou des assurés visés sous 8) du même article.“

53° L'article 172, alinéa 1, point 7) prend la teneur suivante:

„7) les périodes à partir du 1er janvier 1990 pendant lesquelles une personne a assuré des soins au bénéficiaire d'une allocation de soins prévue par la loi du 22 mai 1989, d'une allocation spéciale pour personnes gravement handicapées au titre de la loi modifiée du 16 avril 1979, d'une majoration de la rente accident pour impotence ou d'une majoration de complément du revenu minimum garanti prévu par l'article 3, alinéa 4 de la loi modifiée du 26 j sillet 1986;“

54° L'article 240, alinéa 1, points 1) et 2) prennent la teneur suivante:

1) „par parts égales aux assurés et aux employeurs pour autant qu'il s'agisse de périodes visées à l'article 171, 1), 5) et 11);

2) entièrement à charge de l'Etat pour les assurés visés à l'article 171, 8) et 12);“

55° L'article 249 prend la teneur suivante:

„Les conditions et modalités d'application de l'article 248 peuvent faire l'objet d'un règlement grand-ducal.“

56° L'article 306, paragraphe 6 prend la teneur suivante:

„L'indemnité est suspendue pendant la période du droit à l'indemnité pécuniaire de maternité prévu à l'article 25 du Code de la sécurité sociale.“

57° A l'article 349, alinéa 2 les termes „aux articles 356, paragraphes 2 et 3, et 361“ sont remplacés par les termes „aux articles 356, paragraphes 1 et 2, et 361“.

58° L'article 349, alinéa 4 prend la teneur suivante:

„Le bénéfice des prestations du présent livre est encore ouvert si la personne protégée requiert des soins palliatifs.“

59° L'article 350, paragraphe 6 prend la teneur suivante:

„(6) Par dérogation aux dispositions qui précèdent, la personne bénéficiaire de soins palliatifs a droit en dehors des actes essentiels de la vie, aux prestations prévues à l'article 350, paragraphe 2, et à la prise en charge des produits nécessaires et aides techniques prévus à l'article 356, paragraphe 1.“

60° L'article 377, alinéa 1 prend la teneur suivante:

„La contribution dépendance sur les revenus professionnels et les revenus de remplacement est due par les personnes assurées en vertu des articles 1er à 6. Toutefois, elle est à charge de l'assuré principal, de la congrégation ou de l'Etat pour les personnes visées respectivement au numéro 5), au numéro 6) et aux numéros 7), 13) et 15) de l'article 1er dans les conditions prévues à l'article 32.“

61° L'article 393 prend la teneur suivante:

„**Art. 393.** La Commission de surveillance visée à l'article 72 est également compétente pour instruire les affaires qui sont portées devant elle par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance sur base des faits signalés par le chargé de direction de la Cellule d'évaluation et d'orientation ou par son délégué susceptibles de constituer une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles auxquelles sont astreints les prestataires visés aux articles 389, 390, 391 et 394, ainsi que les personnes placées sous leur autorité ou agissant pour leur compte.

L'instruction a pour objet de constater dans le chef des prestataires visés aux articles 389, 390, 391 et 394:

- 1) toute inobservation des dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ayant abouti ou tenté d'aboutir à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation en nature ou en espèces par l'assurance dépendance;
- 2) le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fautive, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information par l'institution de sécurité sociale compétente ou par la Cellule d'évaluation et d'orientation;
- 3) tout agissement ayant pour effet de faire obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'institution de sécurité sociale compétente ou de la Cellule d'évaluation et d'orientation;
- 4) tout manquement aux formalités administratives imposées par les dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles;
- 5) le refus du prestataire de reporter dans le dossier de soins partagé les éléments issus de chaque acte ou consultation, dès lors que l'assuré ne s'est pas explicitement opposé au report de cet acte ou consultation dans son dossier de soins partagé;
- 6) la prescription ou l'exécution de prestations superflues ou inutilement onéreuses en violation de l'article 349, alinéa 3.

Pour chaque affaire le président désigne les quatre délégués suivant les modalités suivantes:

- 1) deux délégués sont choisis par le président sur une liste de dix personnes établie par le comité directeur de la Caisse nationale de santé composé conformément à l'article 381. Six délégués figurant sur cette liste représentent les secteurs visés aux points 1 à 4 de l'article 46 et quatre délégués les secteurs visés aux points 5 à 7 du même article;
- 2) deux délégués sont choisis par le président sur une liste de dix personnes établie par chaque groupement professionnel signataire d'une convention prévue à l'article 388bis.

A défaut de listes présentées par le comité directeur de la Caisse nationale de santé composé conformément à l'article 381 ou les groupements professionnels signataires d'une convention prévue à l'article 388bis, il appartient au ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions de les établir.

L'article 72, alinéas 3 et 6 sont applicables.“

62° L'article 393bis prend la teneur suivante:

„**Art. 393bis.** Dans le cadre de son instruction la Commission de surveillance convoque le ou les prestataires pour les entendre dans leurs explications. Elle peut décider la mise en intervention du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué et du chargé de direction de la Cellule d'évaluation et d'orientation ou de son délégué. Elle peut décider la jonction d'affaires.

La Commission de surveillance peut procéder à toute mesure d'investigation qu'elle peut déléguer au président ou au vice-président. Elle peut recourir au service d'experts et demander un avis à la Cellule d'évaluation et d'orientation.

Si un litige porte tant sur une question visée à l'article 383 que sur une question visée à l'article 393, le litige visé à l'article 393 doit être vidé préalablement.

Si, à la clôture de son instruction, la Commission de surveillance estime être en présence d'une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles au sens de l'article 393, alinéa 2, elle renvoie l'affaire devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

La Commission de surveillance peut préalablement à sa décision de renvoi décider de recourir à une médiation débouchant le cas échéant sur une transaction s'il lui apparaît qu'une telle mesure est susceptible de mettre fin aux pratiques contraires aux dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles visées à l'article 393, alinéa 2, d'en supprimer les effets et d'assurer la réparation du préjudice économique subi par la Caisse nationale de santé."

63° A la suite de l'article 393bis il est inséré un nouvel article 393ter ayant la teneur suivante:

„Art. 393ter. Pour les affaires renvoyées par la Commission de surveillance, le Conseil arbitral de la sécurité sociale examine le rapport d'instruction de la Commission de surveillance et peut, après une procédure contradictoire en présence du prestataire, d'une part, et du chargé de direction de la Cellule d'évaluation et d'orientation ou de son délégué ou bien du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué, d'autre part, prononcer à l'encontre du prestataire concerné, sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et disciplinaires, en fonction de la nature et de la gravité des faits dont il est reconnu coupable:

- 1) une amende d'ordre au profit de l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance, ne pouvant dépasser vingt-cinq mille euros. En cas de récidive dans un délai de deux ans l'amende d'ordre ne peut être ni inférieure à vingt-cinq mille euros ni supérieure à cinq cent mille euros;
- 2) la restitution, à la Caisse nationale de santé, des montants indûment perçus, augmentés des intérêts légaux.

Les sanctions ci-dessus sont cumulables.

Le Conseil arbitral de la sécurité sociale peut ordonner les mesures de publicité à donner à sa décision.

Les décisions du Conseil arbitral de la sécurité sociale sont susceptibles d'appel devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale quelle que soit la valeur du litige. L'appel qui, sous peine de forclusion, doit intervenir dans les quarante jours de la notification de la décision du Conseil arbitral de la sécurité sociale a un effet suspensif.

Les montants à payer ou à restituer par le prestataire en application des dispositions du présent article peuvent être compensés par la Caisse nationale de santé avec d'autres créances du prestataire ou être recouverts par le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 429."

64° L'article 418 prend la teneur suivante:

„Art. 418. Une administration de l'Etat dénommée „Contrôle médical de la sécurité sociale“, placée sous la haute autorité du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale a dans ses attributions:

- 1) la constatation de l'incapacité de travail au sens de l'article 9 du Code de la sécurité sociale;
- 2) la constatation de l'invalidité selon les critères de l'article 187 du même Code;
- 3) la constatation du préjudice physiologique et d'agrément et, le cas échéant, la fixation de son taux définitif sur base du barème visé à l'article 119;
- 4) les avis et examens médicaux en vue de déterminer les douleurs physiques endurées et le préjudice esthétique sur base des échelles visées à l'article 120;
- 5) les avis et examens médicaux en relation avec la perte de salaire en matière d'assurance accident, les procédures de reclassement ou les mesures de reconversion professionnelle;
- 6) les examens de contrôle périodiques en relation avec l'incapacité de travail, l'hospitalisation et les cures;

- 7) l'autorisation de la prise en charge des traitements médicaux, médico-dentaires et paramédicaux, pour autant qu'elle est prescrite par les lois, règlements ou statuts, et leur surveillance;
- 8) l'avis au sujet des normes à établir par les statuts conformément à l'article 23 en vue de définir la consommation abusive de soins de santé par les assurés;
- 9) la constatation sur base des rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes établis par la Caisse nationale de santé par voie informatique selon les modalités arrêtées en vertu de l'article 64, alinéa 2, point 7) avec la collaboration du Centre commun de la sécurité sociale, sur base de la banque de données afférente de l'Association d'assurance accident, de la Caisse nationale de santé et des caisses de maladie, d'une éventuellement non-observation des bonnes pratiques médicales opposables inscrites dans la convention ou de toute autre déviation injustifiée de l'activité professionnelle du prestataire;
- 10) l'étude, l'examen et la recommandation de mesures appropriées en matière de prévention et de réadaptation;
- 11) l'autorisation de la prise en charge de prothèses, orthèses et épithèses de tous genres, la surveillance de leur mise en place en bonne et due forme et le contrôle périodique afférent;
- 12) la vérification et le contrôle périodique des maladies ou infirmités donnant droit à des indemnités ou subventions à charge d'institutions ou de services à caractère social conformément aux dispositions légales, réglementaires ou statutaires;
- 13) les avis et examens médicaux en vue de l'octroi des cartes de priorité et d'invalidité;
- 14) la participation à l'établissement de statistiques concernant l'état de santé des personnes protégées;
- 15) la participation à l'information et à la formation continue du corps médical en matière de législation sociale;
- 16) les avis à fournir à la demande de la Caisse nationale de santé, notamment en matière de médicaments visés aux articles 22, 22bis et 22ter et des prestations de soins;
- 17) la constatation du droit aux soins palliatifs;
- 18) l'assistance à la Caisse nationale de santé dans le cadre du contrôle des mémoires d'honoraires établis par les prestataires de soins;
- 19) l'instruction du dossier portant saisine de la Commission de surveillance par la Caisse nationale de la santé;
- 20) la saisine de la Commission de nomenclature en vue de l'introduction de nouveaux actes, de la précision du libellé d'actes litigieux ou de la révision d'actes existants.

Les attributions prévues à l'alinéa 1, points 1) à 6) et 12), sont exercées également pour les incapacités de travail indemnisées au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail, suivant des critères à définir par les statuts de la Caisse nationale de santé.

Les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale à caractère médical et à portée individuelle s'imposent aux institutions et administrations concernées qui peuvent demander de la part du Contrôle médical la motivation de son avis en vue d'appuyer leur position devant le Conseil arbitral et le Conseil supérieur de la sécurité sociale. Sans préjudice des dispositions qui précèdent, le Conseil arbitral et le Conseil supérieur de la sécurité sociale peuvent en tout état de cause instituer des experts indépendants. Si l'avis du Contrôle médical a été contredit par expertise médicale en première instance, l'institution ou l'administration concernée juge elle-même de l'opportunité de l'appel.

Si pour une même personne il y a contrariété entre les avis d'un médecin-conseil du Contrôle médical de la sécurité sociale et la Cellule d'évaluation et d'orientation, l'affaire est portée devant le médecin directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale qui arrête l'avis définitif.

En vue de l'attribution visée à l'alinéa 1, point 9, le Contrôle médical de la sécurité sociale est autorisé à créer une banque de données des incapacités de travail de tous les assurés. Les employeurs sont tenus de transmettre au Contrôle médical de la sécurité sociale, le cas échéant, sur support informatique les données nominatives concernant les congés de maladie des personnes relevant des caisses visées à l'article 44."

65° L'article 421, alinéa 1 est abrogé.

Les alinéas 2 et 3 actuels deviennent les alinéas 1 et 2 nouveaux.

66° L'article 454, paragraphe 3, alinéa 6 prend la teneur suivante:

„Les chambres professionnelles désignent les candidats par vote secret à l'urne au scrutin de liste, suivant les règles de la représentation proportionnelle, l'ordre de présentation des candidats se faisant suivant les résultats obtenus lors de ce vote. En cas d'égalité de voix, la priorité revient au candidat le plus âgé. Les conditions et les modalités de la désignation des candidats sont déterminées par règlement grand-ducal.“

67° L'article 454, paragraphe 4 prend la teneur suivante:

„(4) Pour les litiges visés à l'article 47, paragraphes 2, 4 et 6, aux articles 72 et 73, les deux assesseurs visés à l'alinéa 1 du paragraphe qui précède sont choisis parmi les trois assesseurs nommés pour une durée de cinq ans par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale respectivement sur base d'une liste de candidats présentée en nombre double par le ou les groupements professionnels ayant signé chacune des conventions prévues à l'article 61, alinéa 2 ainsi que sur base d'une liste de candidats à présenter en nombre double par le comité directeur de la Caisse nationale de santé.“

68° L'article 454, paragraphe 7, alinéa 2 prend la teneur suivante:

„Sauf dans les cas prévus à l'article 47, paragraphes 2, 4 et 6, aux articles 59, 62, 70, 72bis, 73, 318, 382, 457 du présent Code et à l'article 24 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension, le Conseil supérieur de la sécurité sociale se compose en outre de deux assesseurs nommés pour une durée de cinq ans par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. Les dispositions du paragraphe 3 sont applicables.“

Art. 2. La loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers est modifiée comme suit:

1° L'article 1 est modifié comme suit:

a) Le point c) de l'alinéa 1 prend la teneur suivante:

„c) aux établissements d'accueil pour personnes en fin de vie;“

b) L'alinéa 4 prend la teneur suivante:

„En outre ils peuvent accomplir une mission d'enseignement et de recherche en matière de santé.“

c) La définition de l'alinéa 5, sous c) prend la teneur suivante:

„c) „établissement d'accueil pour personnes en fin de vie“, tout établissement qui répond principalement aux besoins des personnes en fin de vie y accueillies, à l'exclusion de soins à visée principalement curative;“

2° L'article 2 prend la teneur suivante:

„**Art. 2.** Le ministre ayant dans ses attributions la Santé assure la coordination de tous les établissements hospitaliers.

Un plan hospitalier national répondant tant aux besoins sanitaires du pays, qu'aux contraintes d'une utilisation efficiente des ressources du système hospitalier, en coordination avec les autres prestataires de soins de santé, sera établi par règlement grand-ducal, le collège médical et la Commission permanente pour le secteur hospitalier demandés en leurs avis, et sur la base des données à fournir par la carte sanitaire du Grand-Duché.

Le plan hospitalier:

- arrête les modalités détaillées selon lesquelles sont classés les différents établissements hospitaliers et procède au classement des établissements existants;
- procède à la planification des services hospitaliers, y compris les nombres minimal et maximal de médecins pouvant être agréés, en fonction des besoins du pays en services hospitaliers.

Le plan hospitalier tient en outre compte des qualifications médicales et professionnelles, des équipements médico-techniques représentés ou pouvant être représentés, de l'activité médicale existante ou potentielle, des impératifs d'activité minimale, des filières de soins intégrées, ainsi que des modes de prise en charge préférentiels pour certaines maladies ou groupes de maladies.“

3° L'article 3 est modifié comme suit:

a) L'énumération de l'alinéa 1 est complétée par un point e) nouveau, ainsi rédigé:

„e) l’inventaire des établissements ou services prestataires en milieu extrahospitalier collaborant activement avec le secteur hospitalier dans le cadre de filières de soins intégrées ou de centres de compétences.“

b) L’alinéa 3 prend la teneur suivante:

„Le ministre ayant dans ses attributions la Santé peut par ailleurs recourir aux données dépersonnalisées des administrations publiques, des établissements publics ou d’autres organismes luxembourgeois ou étrangers, ainsi que des différents établissements hospitaliers, relatives:

- aux séjours hospitaliers des différents patients: diagnostics, interventions, techniques spéciales, services d’hospitalisation et durée de séjour, âge, date d’admission, destination du patient après sortie;
- à l’utilisation des équipements médicaux des établissements hospitaliers: fréquence des différentes prestations par patient hospitalisé et ambulatoire, nombre de patients;
- à la fréquence et aux raisons du recours aux établissements hospitaliers étrangers.“

4° L’article 4, alinéa 2 est complété par la phrase suivante:

„Ces conditions particulières peuvent le cas échéant concerner les qualifications médicales et professionnelles ou les équipements médico-techniques représentés ou pouvant être représentés, des impératifs d’activité minimale, la participation à des filières de soins intégrées, ainsi que des modes de prise en charge préférentiels pour certaines maladies ou groupes de maladies.“

5° L’article 5, alinéa 1 est complété par la phrase suivante:

„Elle peut être subordonnée à des conditions particulières imposées dans l’intérêt de la santé publique. Ces conditions particulières peuvent le cas échéant concerner les qualifications médicales et professionnelles ou les équipements médico-techniques représentés ou pouvant être représentés, des impératifs d’activité minimale, la participation à des filières de soins intégrées, ainsi que des modes de prise en charge préférentiels pour certaines maladies ou groupes de maladies.“

6° L’article 7, paragraphe 1 prend la teneur suivante:

„(1) Lorsqu’il appert, au vu d’un rapport du Directeur de la Santé qu’un établissement ou service hospitalier:

- ne répond plus aux normes établies conformément à l’article 10 de la présente loi, ou
- ne respecte pas les conditions particulières lui imposées dans l’intérêt de la santé publique conformément aux articles 2, 4 ou 5 de la présente loi, ou
- contrevient de façon itérative aux dispositions de la présente loi,

le ministre ayant dans ses attributions la Santé mettra l’organisme gestionnaire de l’établissement en question en demeure de se conformer aux normes dans un délai qu’il fixera et qui ne pourra pas être inférieur à une année ni dépasser cinq ans. Passé ce délai et à défaut par l’organisme gestionnaire de s’être conformé aux prescriptions, le ministre ayant dans ses attributions la Santé peut ordonner la fermeture de l’établissement ou du service après avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier. Ces avis doivent être fournis dans le mois de leur saisine.“

7° L’article 10, alinéa 2, point 2) prend la teneur suivante:

„2) l’aménagement et l’organisation de chaque type de service, notamment les conditions minima concernant les infrastructures, les équipements, le personnel tant médical que paramédical ainsi que les procédures, les activités, et les modalités de documentation de l’activité, ainsi que l’évaluation des résultats d’activités.“

8° L’article 12 prend la teneur suivante:

„**Art. 12.** Sur décision de leurs organismes gestionnaires respectifs, des établissements hospitaliers peuvent s’associer et bénéficier des aides prévues à l’article qui précède, lorsqu’ils procèdent à des investissements communs ou à la fédération d’activités hospitalières.

Sans préjudice des dispositions applicables en vertu du statut juridique de leur regroupement, sont soumis à accord préalable du ministre ayant dans ses attributions la Santé:

- la composition, les attributions et les modalités des structures de décision communes;
- les modalités organisationnelles et logistiques particulières convenues afin d’assurer le respect des dispositions de la présente loi, ainsi que les impératifs en matière de sécurité, continuité des soins et de qualité de la prise en charge.“

9° L'article 13, alinéa 2 prend la teneur suivante:

„Un règlement grand-ducal détermine les modalités détaillées de la procédure de demande, notamment en ce qui concerne:

- les délais et modalités d'instruction du dossier;
- les pièces justificatives à joindre;
- les cas dans lesquels une étude des besoins et de l'impact sur le système de santé est requise, ainsi que l'étendue et les modalités de cette étude.“

10° L'article 18 prend la teneur suivante:

„**Art. 18.** Il est institué un commissaire de Gouvernement aux hôpitaux, qui est nommé par le Gouvernement en Conseil sur proposition du ministre ayant dans ses attributions la Santé.

La mission du commissaire consiste à:

- contrôler l'affectation des subventions publiques;
- contrôler la gestion administrative et financière des hôpitaux;
- faire des propositions en relation avec une meilleure utilisation des ressources;
- soutenir les projets d'intérêt commun et la fédération des activités des établissements hospitaliers;
- de tenir, sur base des informations à fournir par les établissements hospitaliers, le registre des médecins agréés dans les différents services hospitaliers.

Le commissaire de gouvernement peut prendre connaissance sans déplacement, des livres, procès-verbaux, factures et généralement de toutes les écritures relatives aux opérations administratives et financières de l'établissement. Il peut assister avec voix consultative aux délibérations de toute commission ou organe consultatif sous tutelle du ministre ayant dans ses attributions la Santé, lorsqu'un tel organe est saisi d'une question concernant le secteur hospitalier.

Il rend notamment compte de sa mission au ministre ayant dans ses attributions la Santé au moyen d'un rapport annuel qu'il adresse avant le 1er avril de l'année suivant l'exercice budgétaire visé.“

11° L'article 19 est modifié comme suit:

a) L'alinéa 2, point 5) prend la teneur suivante:

„5) les projets d'établissement.“

b) L'alinéa 4 prend la teneur suivante:

„La commission se compose:

- de deux représentants du ministre ayant dans ses attributions la Santé dont l'un est le Directeur de la Santé ou son représentant;
- de deux représentants du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité Sociale dont l'un est le directeur Contrôle médical de la sécurité sociale ou son représentant;
- d'un représentant du ministre ayant dans ses attributions le Budget;
- de trois représentants de la Caisse nationale de santé dont l'un est le président ou son représentant;
- de deux représentants proposés par le groupement le plus représentatif des hôpitaux luxembourgeois;
- de deux représentants des professions de la santé dont l'un est médecin proposé par l'association la plus représentative des médecins et médecins-dentistes et l'autre professionnel de santé proposé par le conseil supérieur des professions de santé.“

c) Les alinéas 8 et 9 prennent la teneur suivante:

„La commission est présidée par le directeur de la Santé ou son représentant. Elle peut se constituer en sous-commissions de travail et s'adjoindre des experts. Les avis de la commission sont pris dans le délai fixé par le ministre ayant dans ses attributions la Santé à la majorité des voix, chaque membre pouvant faire constater son vote au procès-verbal et y faire joindre un exposé de ses motifs. Le vote séparé et l'exposé des motifs sont transmis aux ministres compétents. En cas d'égalité des voix, celle du président est prépondérante.“

Si les représentants de la Caisse nationale de santé opinent que la décision à prendre comporte des répercussions financières importantes pour l'assurance maladie-maternité, ils demandent une prolongation du délai fixé afin de faire examiner la proposition soumise par expertise à charge de la Caisse nationale de santé. La prolongation doit être accordée par le ministre ayant dans ses attributions la Santé et ne saurait être inférieure à trois mois.“

12° L'article 23 prend la teneur suivante:

„**Art. 23.** Dans chaque hôpital, groupement d'hôpitaux et établissement hospitalier spécialisé, l'organisme gestionnaire met en place des structures, processus et procédures en relation avec la gestion des risques, l'évaluation et la promotion de la qualité des prestations, ainsi que la prévention, le signalement et la lutte contre les événements indésirables, y inclus la prévention et le contrôle de l'infection nosocomiale.

La coordination nationale des structures visées à l'alinéa qui précède est assurée par le Comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières. Les frais de fonctionnement et les indemnités des membres du Comité national de coordination sont à charge du budget de l'Etat.

Un règlement grand-ducal précise les missions et la composition minimale de ces structures, les modalités relatives à leur coordination, ainsi que l'indemnité des membres du Comité national de coordination.“

13° L'article 26 est modifié comme suit:

a) L'alinéa 1 prend la teneur suivante:

„Dans les hôpitaux,

- l'activité médicale s'exerce dans des services médicaux autorisés conformément aux articles 4 et 5 ci-avant et structurés conformément au projet de service établi en cohérence avec le projet d'établissement dont question à l'article 22;

Chaque service constitue une unité d'organisation et de gestion comportant une ou plusieurs unités de soins et disposant d'un accès aux équipements, structures médico-techniques et logistiques que requiert son exploitation.

- l'activité soignante s'exerce dans des services fonctionnels de soins.

Par service fonctionnel de soins on entend soit une ou plusieurs fonctions soignantes, soit un ensemble de plusieurs unités de soins, qui relèvent d'une gestion commune.

Par unité de soins on entend une unité fonctionnelle soit d'hospitalisation, soit médico-technique, prenant en charge des patients, située dans une même enceinte architecturale et relevant d'une dotation et d'une gestion communes.“

b) L'alinéa 5 est abrogé.

14° A la suite de l'article 26 est introduit un article 26bis nouveau, rédigé comme suit:

„**Art. 26bis.** Un ou plusieurs services médicaux peuvent faire partie d'une filière de soins, qui est constituée par un ensemble des prestataires, médicaux et professionnels de santé, concomitants ou séquentiels, impliqués dans la prise en charge de patients présentant une maladie ou un groupe de maladies.

La filière de soins est reconnue „filière de soins intégrée“ lorsque:

- l'intégration verticale et horizontale des prestataires fait l'objet d'accords dans le but d'une coordination des actions de santé et d'une responsabilisation commune des prestataires par rapport au devenir du patient et aux résultats de la prise en charge des patients auxquels la filière s'adresse; et
- les conditions et modalités de l'intégration répondent aux exigences d'un contrat d'objectifs et de moyens conclu avec le ministre ayant dans ses attributions la Santé et la Caisse nationale de santé.

Un „centre de compétences“ est:

- une entité organisationnelle rassemblant une ou plusieurs filière(s) de soins intégrée(s), assurant la prise en charge de patients présentant une maladie ou un groupe de maladies, et
- répondant aux exigences d'un contrat d'objectifs et de moyens conclu avec le ministre ayant dans ses attributions la Santé et la Caisse nationale de santé.

Préalablement à la conclusion d'un contrat d'objectifs et de moyens attribuant l'appellation „centre de compétences“ ou „filiale de soins intégrée“ dont question aux alinéas qui précèdent, le ministre ayant dans ses attributions la Santé et la Caisse nationale de santé font appel aux prestataires à travers un cahier des charges préalable, qui renseigne sommairement les conditions et modalités du contrat d'objectifs et de moyens envisagé.

Le contrat d'objectifs et de moyens définitif fixe notamment les objectifs, les critères de qualification et de compétence des prestataires, de volume d'activité, les modalités de documentation des indicateurs de résultats et le contenu du rapport annuel d'activité.

Un règlement grand-ducal précise les modalités et détails de la procédure à suivre, y inclus les cas et conditions de renouvellement et de résiliation des conventions d'objectifs et de moyens attribuant l'appellation „centre de compétences“ ou „filiale de soins intégrée“.

15° L'article 29 est complété comme suit:

„Des médecins-coordonateurs, nommés par l'organisme gestionnaire et placés sous l'autorité du directeur médical, assurent le développement et la coordination de l'activité médicale d'un ou d'un groupement de services hospitaliers conformément aux objectifs du ou des projet(s) de service afférents et aux orientations du projet d'établissement.

Ils assurent des fonctions de coordination et de planification de l'activité médicale du ou des service(s) et veillent:

- au bon fonctionnement du ou des services et à la qualité des prestations;
- à la standardisation des traitements et de la prise en charge de patients;
- à l'utilisation efficiente des ressources disponibles.

Ils exercent leurs missions en collaboration avec le responsable des soins et le pharmacien responsable.

Dans l'exercice de leurs missions ils disposent d'un droit de regard sur l'activité de tous les intervenants du ou des services.

Un règlement grand-ducal précise le statut, les missions et les attributions des médecins-coordonateurs, ainsi que les modalités de leur désignation.

16° L'article 31 prend la teneur suivante:

„**Art. 31.** Le médecin hospitalier est lié à l'établissement hospitalier soit par un contrat d'agrément, soit par un contrat de travail. Le médecin hospitalier agréé exerce son activité à titre principal ou accessoire dans un ou plusieurs services hospitaliers sous sa propre responsabilité et sans lien de subordination sur le plan médical, tout en respectant le cadre défini par l'organisme gestionnaire dans le règlement général visé à l'article 23, notamment pour ce qui est de la continuité des soins et des gardes, de la documentation des soins, de la participation à la démarche qualité et à la prévention des risques, des relations interprofessionnelles au sein de l'institution et de l'utilisation efficiente des ressources disponibles.“

L'actuel 1er alinéa devient le 2e alinéa et reste inchangé.

17° L'article 33 prend la teneur suivante:

„**Art. 33.** La pharmacie hospitalière, obligatoire dans tout hôpital et établissement hospitalier visé à l'article 1er sous a) à c), fonctionne sous l'autorité et la surveillance d'un pharmacien-gérant.

Elle peut fonctionner sous forme d'un service intégré à l'établissement hospitalier ou être assurée à travers une structure interne réduite associée à une structure en dehors de l'établissement hospitalier, de façon à garantir la continuité des soins et les besoins urgents de l'établissement hospitalier. La structure en dehors de l'établissement hospitalier peut être une pharmacie hospitalière intégrée à un autre établissement hospitalier ou une structure à part commune à plusieurs établissements hospitaliers, qui peuvent, le cas échéant, relever de plusieurs régions hospitalières.

Un règlement grand-ducal détermine les conditions auxquelles la pharmacie hospitalière ou la structure à part doit répondre, notamment en ce qui concerne:

- les exigences et modalités d'organisation et d'aménagement, y inclus les surfaces et équipements minimaux requis;

- les exigences et conditions auxquelles le pharmacien-gérant, les pharmaciens-assistants et le personnel doivent répondre, ainsi que leur statut et leurs attributions;
- les conditions et exigences minimales du stock pharmaceutique;
- l'organisation de la distribution des médicaments et autres produits relevant de la pharmacie hospitalière dans des conditions de sécurité et de qualité optimales, en assurant leur traçabilité;
- les catégories de médicaments ou autres produits relevant de la pharmacie hospitalière qui peuvent être délivrés à des patients ne séjournant pas à l'hôpital, ainsi que les modalités et conditions sous lesquelles la délivrance peut se faire."

18° Les articles 16, 21, 34 et 35 sont abrogés.

Dispositions financières

Art. 3. Par dérogation à l'article 28, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale, la limite inférieure de la réserve y prévue est réduite pour l'exercice 2011 à 7,5 pour cent, et pour l'exercice 2012 à 9 pour cent.

Pour faire face à des difficultés de trésorerie éventuelles, une ligne de crédit peut être ouverte sans frais par le comité directeur sur la réserve prévue à l'article 375 du Code de la sécurité sociale. L'article 41, alinéa 2, du même Code est applicable.

Art. 4. Par dérogation aux articles 65, alinéa 2 et 67 à 70 du Code de la sécurité sociale, les valeurs des lettres-clés des prestataires visées à l'article 65, alinéa 1 sont maintenues par rapport à leur valeur applicable au 31 décembre 2010 pour la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2012, à l'exception de la valeur de la lettre-clé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique visés à l'article 61, alinéa 2, point 4) du même Code qui est fixée pour la même période à 0,3050.

Art. 5. Par dérogation à l'article 65 du Code de la sécurité sociale, un règlement grand-ducal détermine les réductions nécessaires à opérer sur les coefficients des actes et services prévus dans la nomenclatures des prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, point 1) applicables au 31 décembre 2010, afin de dégager au profit de l'assurance maladie-maternité une économie correspondant pour l'exercice 2011 par rapport aux dépenses prévues pour 2010 à un montant de 8 millions d'euros au minimum et de 9 millions d'euros au maximum.

Par dérogation aux articles 21 et 22 du Code de la sécurité sociale, un règlement grand-ducal détermine également les adaptations à apporter aux conditions, modalités et taux de la prise en charge des actes, services et fournitures ainsi que des médicaments dispensés dans les pharmacies ouvertes au public afin de dégager au profit de l'assurance maladie-maternité une économie équivalente pour l'année 2011 par rapport aux dépenses prévues pour 2010 à un montant de 24 millions d'euros au minimum et de 26 millions d'euros au maximum.

Art. 6. Par dérogation à l'article 74 du Code de la sécurité sociale, la progression annuelle de l'enveloppe budgétaire globale pour la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2012 par rapport à l'année 2010 est fixée à 3 pour cent.

L'article 77 est suspendu pour les années 2011 et 2012.

Chaque établissement hospitalier soumet son budget pour les deux exercices à venir au plus tard le 1er mars 2011 à la Caisse nationale de santé.

Avant le 1er mai 2011, la Caisse nationale de santé soumet par écrit tout différend éventuel à une commission des budgets hospitaliers instituée dans le cadre de la convention prévue à l'article 75. Cette commission est composée de deux représentants de la Caisse nationale de santé et de deux représentants des hôpitaux, dont un de l'hôpital concerné, ainsi que d'un président désigné d'un commun accord par les parties. Si les parties ne s'entendent pas sur la personne du président, celui-ci est désigné d'après les modalités prévues à l'article 69, alinéa 2.

La commission est chargée d'une mission de conciliation dans le cadre de l'établissement des budgets à arrêter entre la Caisse nationale de santé et les différents hôpitaux. Si la commission ne parvient pas à concilier les parties dans les deux mois de la saisine, elle tranche le litige en dernier ressort avant le 1er juillet 2011.

Art. 7. Par dérogation à l'article 30 du Code de la sécurité sociale, le taux de cotisation prévu à l'article 29, alinéa 1er du Code de la sécurité sociale est fixé à 5,80 pour cent pour la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2011.

Disposition abrogatoire

Art. 8. L'article 18bis de la loi modifiée du 11 avril 1983 portant réglementation de la mise sur le marché et de la publicité des médicaments est abrogé.

Dispositions transitoires

Art. 9. Les anciens articles 47, 51, 72, 72bis, 73, 146, alinéa 2, 383, 393 et 393bis du Code de la sécurité sociale demeurent applicables pour les litiges ayant fait l'objet d'une décision présidentielle de l'institution compétente avant le 31 décembre 2010.

Aux fins de la constitution de la Commission de surveillance visée aux articles 72, 73, 73bis, 393, 393bis et 393ter nouveaux du Code de la sécurité sociale, il sera procédé au cours du mois de janvier 2011 aux nominations et à l'établissement des listes d'après les dispositions de la présente loi.

Art. 10. Par dérogation aux dispositions de l'article 69, alinéa 2, point 3) du Code de la sécurité sociale, le premier délai de négociation disponible pour l'élaboration des dispositions obligatoires de la convention visées à l'article 64 et à l'article 66, alinéa 3 est fixé à dix-huit mois à partir de la convocation faite par la Caisse nationale de santé.

Art. 11. (1) Aux fins de la mise en place de la Cellule d'expertise médicale les ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale sont autorisés à procéder, au courant de l'exercice 2011, par dépassement des nombres limites prévus par la loi budgétaire à l'engagement, à titre permanent et à tâche complète:

- 1) pour les besoins de la Direction de santé d'un fonctionnaire de la carrière supérieure du médecin-chef de service;
- 2) pour les besoins du Contrôle médical de la sécurité sociale d'un fonctionnaire de la carrière supérieure du médecin-conseil;
- 3) pour les besoins de l'Inspection générale de la sécurité sociale de deux fonctionnaires de la carrière moyenne du rédacteur et de deux employés de l'Etat de la carrière S pouvant se prévaloir d'une formation respectivement en économie de la santé et en sciences mathématiques.

(2) Pour les emplois prévus dans la carrière S au paragraphe 1 sous 3), l'Inspection générale de la sécurité sociale peut procéder par dérogation à l'article 3, alinéa 2 de la loi modifiée du 27 janvier 1972 fixant le régime des employés de l'Etat à l'engagement de l'expert en économie de la santé occupé actuellement dans le cadre d'un contrat de prestations de service et de la licenciée en mathématiques occupée dans le cadre d'un projet de recherche.

(3) Par dépassement des nombres limites fixées dans la loi budgétaire, le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale est autorisé à procéder au courant de l'exercice 2011 à l'engagement, à titre permanent et à tâche complète, de deux fonctionnaires de la carrière supérieure du médecin-conseil pour les besoins du Contrôle médical de la sécurité sociale.

(4) Par dépassement des nombres limites fixées dans la loi budgétaire, le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale est autorisé à procéder au courant de l'exercice 2011 à l'engagement, à titre permanent et à tâche complète, d'un fonctionnaire de la carrière supérieure pouvant se prévaloir d'une formation en économie ou en statistiques et d'un fonctionnaire de la carrière moyenne du rédacteur pour les besoins de l'Inspection générale de la sécurité sociale.

Art. 12. L'Etat prend en charge une dotation annuelle de 20 millions d'euros au profit de l'assurance maladie-maternité destinée à compenser de façon forfaitaire les charges supplémentaires incombant à la Caisse nationale de santé du fait de l'incorporation des prestations en espèces de maternité dans le régime général de l'assurance maladie-maternité.

Cette mesure sera réévaluée au plus tard fin 2013 sur base d'un rapport de l'Inspection générale de la sécurité sociale portant sur les prestations en espèces de maternité.

Mise en vigueur

Art. 13. La présente loi sort ses effets au 1er janvier 2011, à l'exception de l'article 1er, point 11 introduisant un nouvel article 22bis dans le Code de la sécurité sociale et de l'article 1er, point 47 modifiant l'article 74, alinéa 7 du Code de la sécurité sociale qui entrent en vigueur le 1er janvier 2012.

*

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article 1er

Cet article regroupe les modifications apportées au Code de la sécurité sociale.

Point 1° – article 2, alinéa 1 CSS

Le Centre commun ne procède pas au recouvrement forcé des cotisations d'assurance volontaire. Le coût de ce mode de recouvrement serait le plus souvent disproportionné par rapport aux montants à recouvrer et risquerait par ailleurs de s'avérer inefficace comme s'adressant à des débiteurs sans revenus professionnels, donc en général très peu solvables. En matière d'assurance pension volontaire, le non-paiement des cotisations est sanctionné par la résiliation de l'assurance et l'absence de prestations au moment de l'échéance du risque. Il en est actuellement différemment en ce qui concerne l'assurance maladie-maternité continuée qui ouvre immédiatement droit aux prestations. Aussi importe-t-il de prendre les mesures nécessaires pour éviter dans la mesure du possible que les assurés volontaires aient droit aux prestations de soins de santé tout en échappant au paiement des cotisations afférentes.

Le délai pour la présentation de la demande en admission à l'assurance maladie-maternité continuée est réduit de 6 à 3 mois. La rupture du parallélisme avec l'assurance pension volontaire où le délai reste fixé à 6 mois est acceptable, vu que la grande majorité des personnes assurées volontairement en matière d'assurance maladie-maternité ne le sont pas dans le cadre de l'assurance pension. La réduction doit s'accompagner d'une amélioration de l'information écrite des assurés désaffiliés. Elle présente un avantage important, puisqu'elle évite l'accumulation d'une dette de cotisations de 6 mois que l'assuré volontaire est souvent incapable de régler.

Considérant qu'en cas de cessation de l'affiliation obligatoire, le droit aux prestations de soins de santé est maintenu pour le mois en cours et les trois mois subséquents (à condition d'une période continue d'affiliation obligatoire de 6 mois précédant immédiatement la désaffiliation conformément à l'article 8 des statuts de la Caisse nationale de santé), il est prévu d'introduire cette condition de stage de 6 mois pour l'admission à l'assurance maladie-maternité continuée. Elle se retrouve dans d'autres dispositions légales, notamment en matière d'octroi de l'indemnité pécuniaire de maternité (article 25, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale) et de maintien du droit à l'indemnité pécuniaire de maladie dans le cadre d'un contrat à durée déterminée (article 14, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale). Les personnes ne remplissant pas cette condition de stage auront la possibilité de contracter une assurance maladie-maternité facultative laquelle n'ouvre toutefois droit aux prestations qu'après un délai de carence de trois mois. A noter que l'assistance publique assure tant la gratuité médicale en faveur des personnes indigentes que le paiement des cotisations de l'assurance maladie-maternité volontaire.

Point 2° – article 8 CSS

La transition du système de financement direct des prestations de l'Etat des frais de maternité vers une prise en charge de ces frais intégrée dans le système de financement général de l'assurance maladie-maternité, nécessite une adaptation de l'énumération de l'objet général de l'assurance maladie-maternité. L'indemnité pécuniaire de maternité doit être énumérée séparément, tandis que les prestations en nature de la maternité sont couvertes par le terme spécifique de „soins de santé“.

En application du nouvel article 17, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé pouvant prendre l'initiative de mesures de médecine préventive, l'objet général de l'assurance maladie-maternité doit être complété en ce sens. La prise en charge de ces mesures de médecine pré-

ventive n'étant pas intégrale tant du point de vue financier qu'organisationnel, la disposition afférente précise qu'il s'agit d'une „*participation*“ à des mesures de médecine préventive.

Points 3 à 4° – articles 10 et 12 CSS

L'adaptation des premiers alinéas des articles 10 et 12 du Code de la sécurité sociale devient nécessaire suite à l'introduction d'un taux unique de cotisation pour l'assurance maladie-maternité, tel que défini à l'article 29 du Code de la sécurité sociale. Cette disposition implique que les assiettes de cotisation ne peuvent plus être prises comme référence pour le calcul des indemnités pécuniaires et qu'il y a lieu de se référer aux revenus professionnels définis aux articles 34 à 36.

Point 5° – article 17 CSS

L'énumération des prestations de soins de santé prises en charge par l'assurance maladie-maternité est modifiée afin de choisir une terminologie plus moderne souvent puisée des instruments juridiques européens.

Le point 5 est reformulé et complété des implants ostéo-intégrés utilisés en dentisterie.

L'actuelle définition du simple hébergement étant reprise dans le point 9 relatif aux traitements en milieu hospitalier, l'alinéa 2 de l'article 17 est supprimé.

Le point 13 est reformulé afin d'insérer les soins palliatifs dans le droit commun de l'assurance maladie-maternité.

La disposition relative aux mesures de médecine préventive est reformulée afin de permettre à la Caisse nationale de santé de prendre l'initiative d'organiser de telles mesures de médecine préventive en collaboration avec la Direction de la santé. Les modalités de réalisation et de financement sont organisées dans le cadre de conventions conclues entre les ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale, la Caisse nationale de santé et, le cas échéant, des services spécialisés, comme par exemple la collaboration actuelle de l'école du dos organisée au niveau du service de santé multisectoriel.

Les termes „*analyses et examens de laboratoire*“ sont remplacés par les termes „*analyses médicales de biologie clinique*“; les termes „*les produits et spécialités pharmaceutiques*“ sont remplacés par les termes „*les médicaments, le sang humain et les composants sanguins*“.

Point 6° – article 19, alinéa 1 CSS

Le principe général du libre choix du prestataire est soumis à des restrictions dans le cadre des centres de compétences et des filières de soins intégrées visant une meilleure coordination et une meilleure allocation des ressources du secteur hospitalier.

Le nouvel article 26bis de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers donne les définitions suivantes:

„*La filière de soins est reconnue „filière de soins intégrée“ lorsque:*

- 1) l'intégration verticale et horizontale des prestataires fait l'objet d'accords dans le but d'une coordination des actions de santé et d'une responsabilisation commune des prestataires par rapport au devenir du patient et aux résultats de la prise en charge des patients auxquels la filière s'adresse et*
- 2) les conditions et modalités de l'intégration répondent aux exigences d'un contrat d'objectifs et de moyens conclu avec le ministre ayant dans ses attributions la Santé et la Caisse nationale de santé.*

Un „centre de compétences“ est:

- 1) une entité organisationnelle rassemblant une ou plusieurs filière(s) de soins intégrée(s), assurant la prise en charge de patients présentant une maladie ou un groupe de maladies, et*
- 2) répondant aux exigences d'un contrat d'objectifs et de moyens conclu avec le ministre ayant dans ses attributions la Santé et la Caisse nationale de santé.*

Préalablement à la conclusion d'un contrat d'objectifs et de moyens attribuant l'appellation „centre de compétences“ ou „filière de soins intégrée“ dont question aux alinéas qui précèdent, le ministre ayant dans ses attributions la Santé et la Caisse nationale de santé font appel aux prestataires à travers un cahier des charges préalable, qui renseigne sommairement les conditions et modalités du contrat d'objectifs et de moyens envisagés.

Le contrat d'objectifs et de moyens définitif fixe notamment les objectifs, les critères de qualification et de compétence des prestataires, de volume d'activité, les modalités de documentation des indicateurs de résultats et le contenu du rapport annuel d'activité.

Un règlement grand-ducal précise les modalités et détails de la procédure à suivre, y inclus les cas et conditions de renouvellement et de résiliation des conventions d'objectifs et de moyens attribuant l'appellation „centre de compétences“ ou „filrière de soins intégrée“.

Point 7° – article 19, alinéa 3 CSS

L'actuel terminologie „*pathologie inhabituelle*“ ne permettant pas d'assimiler les traitements faits avec une technique non reprise par la nomenclature parce qu'elle est rarement pratiquée dans la pratique courante ou innovante, l'alinéa 3 est reformulé: l'assimilation est faite au cas par cas en passant par la procédure décisionnelle ordinaire, sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Point 8° – article 19bis CSS

L'introduction du principe du médecin référent repose sur l'idée de coordonner et de mieux organiser les soins dispensés au patient, en parallèle avec l'outil de la coordination des soins qu'est le dossier de soins partagé du patient introduit à l'article 60quater.

Le médecin référent sera le médecin du premier recours, le premier maillon dans la chaîne du parcours de soins du patient. En suivant ses patients sur la longue durée, il est le mieux placé pour les conseiller dans les démarches de soins à entamer, pour leur indiquer les spécialistes les mieux adaptés à leur état de santé et pour faire un suivi de prévention et de dépistage de diverses maladies.

Puisqu'il a une vue globale de l'état de santé de ses patients, le médecin référent arrive notamment à mieux maîtriser la surconsommation de médicaments, à mieux détecter les contre-indications, à éviter un usage systématique et non nécessaire des polycliniques, à rendre le dépistage et la prévention des maladies plus efficaces.

L'assuré reste libre de choisir ou non un médecin référent, tout comme ce dernier reste libre d'accepter ou non d'être médecin référent d'un patient donné. Ainsi, le patient ne peut désigner un médecin comme médecin référent que si ce dernier marque son accord. Dans un souci de libre choix de l'assuré, ce dernier peut également changer de médecin référent. En outre, le choix d'un médecin référent est lié à une durée minimale d'un an. Ces modalités seront précisées par règlement grand-ducal.

Le médecin référent sera normalement un médecin généraliste respectivement un médecin pédiatre pour les enfants. Cette mesure fait partie de la démarche globale de renforcer le rôle du médecin généraliste, qui devrait évoluer vers un statut de „médecin spécialiste en médecine générale“ avec un parcours de formation universitaire et de formation continue correspondant. Toutefois, le médecin référent peut aussi être médecin spécialiste, notamment afin de respecter le libre choix du patient et considérant que dans certains cas limités un tel choix peut être médicalement indiqué. Néanmoins, la désignation du médecin référent implique aussi différentes obligations pour celui-ci, découlant notamment du suivi régulier du dossier de soins partagé de l'assuré.

La rémunération des missions du médecin référent sont à inscrire dans la nomenclature des médecins et médecins-dentistes. Elle doit être en relation au gain lié à une meilleure coordination des soins et à une utilisation plus rationnelle du système de soins de santé.

On entend par coordination des soins de santé, l'inscription du patient dans un parcours de soins, dans lequel il va consulter en premier lieu son médecin référent avant d'être orienté, en cas de nécessité, vers un autre médecin hospitalier ou extrahospitalier. Le médecin référent se coordonne avec les autres médecins consultés par l'assuré, afin d'assurer une organisation et une utilisation plus cohérente du système de santé. Le choix du médecin référent doit amener le patient à suivre un véritable parcours de soins dans lequel le choix des médecins spécialistes et des médicaments doit être rationnel et proportionnel à ses besoins de santé personnels. S'il réfère le patient vers un médecin spécialiste, le médecin référent doit organiser un véritable dialogue entre confrères afin de proposer les soins les mieux adaptés.

Le médecin référent a comme principales missions d'assurer le premier niveau de recours aux soins, d'assurer les soins de prévention et d'accompagner les soins de longue durée, ceci de nouveau dans un but d'éviter la surconsommation de médicaments, de consultations excessives etc. Ces missions s'inscrivent dans un but de prévention personnalisée des risques de santé en connaissance du dossier

de chaque patient. A cette fin, le médecin référent se réfère régulièrement au dossier de soins partagé auquel il a accès.

Le médecin référent a un rôle d'information, d'orientation et de conseil envers son patient, afin de lui garantir la meilleure prise en charge et le traitement le plus adapté à sa pathologie bien particulière.

Un règlement grand-ducal fixe les qualifications, les droits et obligations du médecin référent. Les modalités de désignation, de changement, de remplacement ou de retrait du médecin référent sont fixées au niveau conventionnel entre l'organisme représentatif des prestataires de soins et l'Association des médecins et médecins-dentistes.

Les assurés sont libres de choisir ou non un médecin référent. S'ils font le choix d'entrer dans le système du médecin référent, ils restent toujours libres de consulter directement un médecin spécialiste sans passer par le médecin référent. Cependant, si l'assuré a choisi un médecin référent et s'il dispose d'une prescription préalable de ce dernier avant de consulter un médecin spécialiste, il peut bénéficier dans certains cas à définir dans les statuts de la Caisse nationale de santé d'un remboursement préférentiel.

Point 9° – article 21 CSS

Cet article reprend l'alinéa 1 de l'article 22 actuel.

Point 10° – article 22 CSS

Le nouvel article 22 reprend les anciens alinéas 2 à 8 de l'article 22 et les anciens alinéas 5 et 6 de l'article 47 afin de regrouper toutes les dispositions relatives à la liste positive de médicaments.

Point 11° – article 22bis CSS

La présente loi introduit, à l'image des législations française et belge, un système de base de remboursement, qui est institué en vue de favoriser la délivrance des médicaments les moins chers appartenant au même groupe de principe actif principal qui n'est plus protégé par un brevet dans le pays de provenance.

La base de remboursement est constituée par un prix calculé à partir des prix publics de médicaments comparables, qui représente celui que l'assurance maladie-maternité est disposée à prendre en charge pour un conditionnement donné, avec une visée thérapeutique identique et jugée équivalente à des médicaments comportant les mêmes caractéristiques thérapeutiques, mais plus chers.

Pour établir la liste de ces médicaments, il incombe, dans une première phase, au Directeur de la Santé d'établir la liste des médicaments sans brevet et d'y regrouper tous les médicaments similaires suivant la classification internationale ATC („Anatomical therapeutical chemical classification“) plus amplement décrite dans la réglementation nationale et internationale. Cette liste est établie d'après des critères strictement scientifiques et ne comporte pas d'indications sur le prix. Cette mesure, qui vise non seulement à respecter le départage entre les missions de la Santé, responsable de la santé publique et les objectifs de l'assurance maladie-maternité, dont les appréciations peuvent être guidées par des critères économiques, se justifie surtout par le besoin d'une appréciation scientifique indépendante. C'est parmi les médicaments dont l'équivalence est constatée par la Direction de la santé que la Caisse nationale de santé choisit les groupes de médicaments pour lesquels elle fixe une base de remboursement.

Pour déterminer cette base de remboursement, la Caisse nationale de santé procède à une classification des principes actifs sur base du dosage, de la forme pharmaceutique, de la voie d'administration et du conditionnement. Le montant de la prise en charge est déterminé en comparant le prix unitaire public le plus élevé avec le moins élevé.

Un règlement grand-ducal détermine les modalités d'établissement et de calcul de la base de remboursement.

L'assuré peut toujours se faire délivrer un produit plus cher (si celui-ci est prescrit par son nom de marque), mais la prise en charge par l'assurance maladie-maternité se fait en application de la base de remboursement fixée par la Caisse nationale de santé. Lors de la délivrance par le pharmacien, ce dernier a l'obligation d'informer l'assuré et de lui proposer une substitution par le médicament le plus économique du même groupe, proposition que l'assuré peut accepter ou refuser.

L'arrêté royal grand-ducal ayant valeur de loi, la présente disposition a pour objet de déroger à l'article 5 précisant que: „*les pharmaciens exécuteront exactement les prescriptions des gens de l'art, et ne pourront jamais rien y changer, par exemple, substituer une substance à une autre, même lorsque cela ne serait pas nuisible, sous peine d'une amende de 10 fl. pour chaque contravention.*“

Point 12° – article 22ter CSS

La compétence pour la fixation du prix public des médicaments est transférée du ministère de l'Economie au ministère de la Sécurité sociale.

Point 13° – article 23, alinéa 2 CSS

L'actuel article 23, alinéa 2 est complété par deux sanctions: l'avertissement et la domiciliation auprès d'un prestataire déterminé. En outre la restitution du montant indûment touché est formellement prévue, de même que la procédure de compensation et de recouvrement.

Point 14° – article 24 CSS

La présente modification a pour objet d'adapter l'énumération des cas de tiers payant: le tiret actuel „– *en cas de séjour de douze heures au moins en milieu hospitalier, l'ensemble des frais d'entretien et de traitement, à l'exception des honoraires médicaux*“ est remplacé par le point „– *en cas de traitement en milieu hospitalier, l'ensemble des frais de traitement*“; les termes „– *les médicaments produits et spécialités pharmaceutiques, dispensés en dehors du milieu hospitalier stationnaire*“ sont remplacés par les termes „*les médicaments*“; les termes „*les analyses et examens de laboratoire*“ sont remplacés par les termes „*les analyses médicales de biologie clinique*“.

Tel que prévu au programme gouvernemental l'avant-dernier alinéa de cet article prévoit encore l'introduction du tiers payant social dispensant les assurés confrontés à des situations de détresse et de pauvreté considérable, de passer par le système de remboursement sur paiement préalable des prestations de soins de santé. La constatation de l'état d'indigence est faite par les offices sociaux tels que réformés par la loi du 18 décembre 2009 organisant l'aide sociale. Les modalités de la prise en charge directe sont fixées dans les statuts et dans les conventions respectives.

Afin de mieux informer et responsabiliser l'assuré un relevé périodique des prestations fournies dans le cadre du tiers payant lui est envoyé par la Caisse nationale de santé.

Point 15° – article 26 CSS

L'actuel article 26 énumère les prestations en nature de maternité: les soins d'une sage-femme, l'assistance médicale, le séjour dans une maternité ou clinique, les fournitures pharmaceutiques et les produits diététiques pour nourrissons. Actuellement ces prestations sont prises en charge forfaitairement suivant les modalités fixées chaque année par règlement grand-ducal. Du fait de l'intégration du financement des prestations de maternité dans le financement normal par cotisations des soins de santé, les articles généraux 8 et 17 ont été adaptés et lesdites prestations de maternité sont incluses dans les prestations de soins de santé. La fixation par règlement grand-ducal d'un forfait d'accouchement annuel devient dès lors superfétatoire.

Point 16° – article 28, alinéa 2 CSS

La modification de cet alinéa précise la notion de „cotisations“ se composant d'une part fixée par un taux de cotisation et de la participation de l'Etat.

Point 17° – article 29 CSS

Le projet de loi prévoit l'intégration des prestations de maternité dans le régime général de l'assurance maladie-maternité. Si l'intégration des prestations en nature liées à la maternité dans les soins de santé peut se faire facilement, il y a lieu de constater que l'intégration des prestations en espèces correspondantes, se composant du congé de maternité et des frais liés à la dispense de travail, sans oublier le congé pour raisons familiales, aurait menée à un changement fondamental du taux de participation de l'Etat et du taux de cotisation pour les prestations en espèces, notamment dû au fait que le volume des prestations en espèces de maternité dépasse largement celui lié aux indemnités pécuniaires normales et affiche une dynamique de croissance considérable.

L'une des prémisses du projet de réforme a été de ne pas intégrer des éléments touchant essentiellement aux indemnités pécuniaires avant la stabilisation et l'évaluation de la réforme du statut unique

et avant les conclusions du Groupe de haut niveau „Absentéisme“ institué dans ce cadre. Dans un souci d'une cohérence maximale avec la situation actuelle, il en découlait dès lors de préserver les montants correspondants pour les taux de cotisation des prestations en nature et en espèces. Pour la participation de l'Etat, les trois apports distincts pour les prestations en nature, en espèces et de maternité, fixés respectivement à 37%, 29,5 et 100%, sont rassemblés dans un taux de participation unique de 40% (cf. article 31 CSS).

Pour les cotisations des assurés et de leurs employeurs, la solution proposée est de ne plus faire de distinction au niveau du taux de cotisation entre les différentes prestations et gestions. Le présent article prévoit l'introduction d'un taux de cotisation pour les prestations en espèces et les prestations en nature de l'assurance maladie-maternité. Il s'agit d'un taux variable global pour les assurés et les employeurs à fixer suivant les dispositions classiques des articles 29 et 30 du Code de la sécurité sociale. Dorénavant, toutes les charges de l'assurance maladie-maternité y compris la dotation à la réserve et le remboursement à la Mutualité sont financées par cet unique taux de cotisation. Il correspond globalement au niveau de celui pour soins de santé actuel (fixé à 5,4%).

Le deuxième alinéa prévoit une majoration de 0,5 pour cent du taux de cotisation pour les assurés qui ont droit à une prestation en espèce. Cette majoration est introduite afin de ne pas défavoriser ceux qui n'ont pas droit à une indemnité pécuniaire comme par exemple les pensionnés. Ce pourcentage, qui correspond au niveau du taux de cotisation pour indemnités pécuniaires actuel, est inscrit directement dans la loi.

Point 18° – article 30 CSS

Il s'agit d'une adaptation formelle. En effet, il faut seulement encore fixer un taux de cotisation pour financer les charges de l'assurance maladie-maternité.

Point 19° – article 31 CSS

Du fait de l'intégration du financement des prestations de maternité dans le financement normal, par cotisations, des soins de santé respectivement des prestations en espèces, la participation financière de l'Etat aux prestations de maternité ne s'effectuera plus par une prise en charge directe des frais, mais par le biais d'une participation aux cotisations. Cette intégration permet de simplifier les procédures administratives de la Caisse nationale de santé, car il n'y a plus de décompte des frais avec l'Etat à établir. Les tarifs médicaux applicables en cas d'accouchement ne seront plus fixés par un règlement grand-ducal à part. Ils seront désormais soumis à la même procédure que les autres actes de la nomenclature médicale et on espère donc freiner le rythme d'évolution de ces actes.

La transition du système de financement direct des prestations de l'Etat des frais de maternité vers une prise en charge de ces frais intégrée dans le système de financement général de l'assurance maladie-maternité doit, dans l'immédiat, être neutre d'un point de vue financier. La détermination du taux de contribution futur de l'Etat se fait donc sur base de son apport financier actuel aux prestations, de sorte à maintenir les taux de cotisations pour les soins de santé et pour les indemnités pécuniaires à leur niveau actuel.

Le taux de contribution de l'Etat au financement de l'assurance maladie-maternité s'élevait en 2009 à 41,2%.

L'équilibre financier de l'assurance maladie-maternité sur les quatre années à venir va être assuré d'un côté par des mesures d'épargne et de limitation de la croissance des dépenses et de l'autre côté par une légère augmentation du taux de cotisation à charge des assurés et des employeurs.

La fixation de la participation financière de l'Etat à un taux unique pour les différents risques couverts par l'assurance maladie-maternité est faite de sorte à garder constante la participation effective de l'Etat. Ainsi, le taux de contribution est fixé à 40% des cotisations.

L'intégration des prestations en espèces de maternité et du congé pour raisons familiales permet de regrouper tous les types de remplacement de salaire qui se rapportent à la maternité ou à la famille et qui sont actuellement gérés dans le cadre de l'assurance maladie-maternité:

- Les indemnités pécuniaires de maternité proprement dites;
- Le congé d'adoption ou congé d'accueil;
- Les dispenses de travail pour femmes enceintes ou pour femmes allaitantes;
- Le congé pour raisons familiales;

– Le congé d’accompagnement en fin de vie.

Actuellement le congé pour raisons familiales est inscrit dans le budget du ministère de la Famille. En 2008, cet article budgétaire s’est élevé à 3,5 millions d’euros et a représenté 3,9% du total des indemnités en espèces servies dans le cadre de la gestion „maternité“ de la Caisse nationale de santé.

Dans un souci de simplification administrative un régime à part pour cette prestation n’est pas indiqué. Il convient donc d’abolir le crédit inscrit actuellement au budget de l’Etat „section 12.0 Famille“ à l’article 42.000 sous le libellé „Prise en charge par l’Etat des indemnités du congé pour raisons familiales“ et de compenser cette suppression par une participation correspondante au niveau des cotisations à l’instar des autres prestations de maternité ou prestations assimilées. Cela correspondrait au niveau du budget de l’Etat à un transfert des charges de financement vers la section 17.5 Assurance maladie-maternité-dépendance-Caisse nationale de santé.

Point 20° – article 32 CSS

- a) et e): Actuellement il existe une contradiction entre les dispositions de la loi du 6 janvier 1996 de la coopération au développement et le Code de la sécurité sociale du fait que le Code de la sécurité sociale n’a pas été adapté suite à l’introduction de la nouvelle loi sur la coopération au développement de 1996. En effet, l’article 30, alinéa 5 de la loi sur la coopération au développement dispose que: „*les cotisations de sécurité sociale dues pour la durée de la mission de coopération sont à charge de l’Etat. Elles sont payées au Centre commun de la sécurité sociale par l’organisation non gouvernementale et remboursées à celle-ci par l’Etat sur présentation des pièces justificatives.*“ Cependant, les articles 32 et 240 du Code de la sécurité sociale prévoient la répartition des charges de cotisations entre l’assuré et l’employeur, l’article 150 prévoit la prise en charge des cotisations par l’employeur et l’article 377 la prise en charge de l’assuré pour les prestations de dépendance. Afin de respecter la volonté du législateur de 1996, il est décidé de mettre le Code de la sécurité sociale en conformité et de préciser que la charge des cotisations sociales des coopérants incombe à l’Etat.
- b): Le personnel infirmier du Centre hospitalier neuropsychiatrique n’ayant pas de statut particulier par rapport aux autres établissements hospitaliers, il y a lieu de supprimer cette précision.
- c): Afin de redresser un oubli matériel relatif à la charge des cotisations pour l’assurance maladie-maternité des assurés obligatoires visés au point 20) de l’article 1er du Code de la sécurité sociale suite à la réforme de l’assurance accident, il y a lieu de compléter le 4e tiret de l’article 32 du Code de la sécurité sociale du point 20).
- d) et e): L’article 1er, alinéa 1, point 14 relatif à l’assurance maladie-maternité obligatoire des personnes âgées de plus de dix-huit ans poursuivant au Grand-Duché de Luxembourg des études ou une formation professionnelle non indemnisée au titre d’un apprentissage, qui ne sont pas assurées à un autre titre et qui ne bénéficient pas d’une coassurance, prenant avec l’implémentation d’une université au Luxembourg une toute autre envergure que celle visée à l’origine par le législateur de quelques cas exceptionnels, la disposition relative à la prise en charge des cotisations par l’Etat est remplacée par une charge des cotisations à supporter intégralement par l’assuré.

Point 21° – article 33 CSS

L’article 33 relatif à l’assiette de cotisation reprend les dispositions de l’actuel article 38 du Code de la sécurité sociale. La phrase „L’assiette de cotisation pour l’indemnité pécuniaire de maladie est constituée par le revenu professionnel de l’assuré“ est supprimée.

Point 22° – article 38 CSS

Les dispositions de l’article 38 étant transférées au nouvel article 33, l’article 38 est abrogé.

Point 23° – article 40 CSS

Il y a lieu de se reporter au commentaire de la modification de l’article 31 du Code de la sécurité sociale.

Point 24° – article 43, alinéas 1 et 2 CSS

Aux alinéas 1 et 2, le terme „indemnité pécuniaire de maladie“ est remplacé par le terme „prestations en espèces“. Il s’agit d’une adaptation de terminologie.

Point 25° – article 46, alinéa 4 CSS

En raison de l'intégration des prestations de maternité et du congé pour raisons familiales dans le financement normal, par cotisations, des soins de santé respectivement des prestations en espèces de l'assurance maladie-maternité, il y a lieu de supprimer les termes „forfait de maternité“ et „d'indemnités pour congé pour raisons familiales“. En effet les prestations de maternité sont incluses dans le terme de „soins de santé“ et le terme „indemnité pécuniaire de maternité“ est ajouté. L'indemnité pour congé pour raisons familiales est incluse, en vertu de l'article 9, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale dans le terme „d'indemnité pécuniaire de maladie“.

Point 26° – article 47 CSS

Il y a lieu de se reporter au commentaire des articles 72 et 73.

Point 27° – article 48 CSS

Les termes „et du forfait de maternité“ sont supprimés du fait de l'intégration dans celui de „soins de santé“.

Point 28° – article 51 CSS

Par parallélisme avec l'article 47 relatif à la Caisse nationale de santé il y a lieu d'adapter dans le même sens l'article 51 relatif aux caisses de maladie du secteur public. Pour les litiges impliquant un prestataire il est prévu, afin de garantir une application juridique uniforme, de demander un avis de la Caisse nationale de santé. Déjà actuellement les caisses publiques demandent dans ces cas un avis auprès de la Caisse nationale de santé. Pour le surplus il y a lieu de se reporter au commentaire des articles 72 et 73.

Point 29° – article 60 CSS

L'alinéa 2 est complété par les références précises à la loi hospitalière et identifie clairement les types d'établissements hospitaliers pour lesquels s'applique le financement budgétaire.

Dans l'alinéa 3, la référence aux professionnels de la santé actifs dans les établissements hospitaliers budgétisés est supprimée. Ils sont soit salariés soit engagés sur une base vacataire, mais ne peuvent plus être rémunérés sur base de la nomenclature correspondante. En dehors d'exceptions fixées sur base législative ou conventionnelle, l'exercice libéral de la profession médicale et rémunéré sur base d'actes tarifés restera la règle.

Point 30° – article 60bis CSS

Cet article regroupe les dispositions de l'ancien article 21 du Code de la sécurité sociale. Il règle les obligations de documentation, de transmission et de communication de données médicales ou d'éléments de dossiers de soins partagés ou de dossiers de soins entre les prestataires de soins, la Caisse nationale de santé, le Contrôle médical de la sécurité sociale.

Pour ce qui est du dossier de soins partagé en milieu hospitalier, la loi hospitalière dispose déjà, pour chaque patient d'un dossier unique qui se compose d'un volet médical, soignant et administratif. Ce dossier, auquel collaborent tous les professionnels exerçant à l'hôpital, est conservé et géré sous la responsabilité du directeur de l'établissement. Dans le cadre de la future loi sur les droits du patient, il est prévu de réviser ces dispositions et de les généraliser aussi pour le milieu extrahospitalier.

Les dispositions en matière de documentation et de transmission de données ainsi que de dossier de soins partagé ont été regroupées dans les articles 60bis et suivants du chapitre réglant les relations avec les prestataires de soins afin qu'ils s'appliquent aussi bien au milieu hospitalier qu'extrahospitalier. Ces dernières sont dorénavant fixées par voie réglementaire.

Point 31° – article 60ter CSS

La mise en place de la gestion administrative et technique courante de la plateforme hébergeant le dossier de soins partagé et d'autres applications nationales telles que par exemple la prescription électronique, des serveurs de résultats d'examens, est confiée à une Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé.

Cette mission pourrait s'élargir à d'autres projets informatiques à portée nationale contribuant à faciliter l'échange et le partage de données de santé.

A cette fin, l'Agence doit également établir et promouvoir les référentiels qui faciliteront le choix et le déploiement de systèmes d'information de Santé interopérables entre acteurs, garantissant le niveau adapté de sécurité à la sensibilité des données échangées et partagées.

La définition de ce cadre interopérable sera réalisée au regard du contexte normatif international, des bonnes pratiques observées en terme d'interopérabilité et des besoins propres au contexte national. Dans ce contexte, l'Agence réalise une veille permanente des standards des systèmes d'information en santé, collabore avec les organisations internationales de standardisation et les responsables de projets équivalents des autres Etats membres de l'Union Européenne, et travaille en étroite collaboration avec les représentants du secteur.

L'Agence collabore également avec les fournisseurs de systèmes d'information présents au Luxembourg, pour assurer l'intégration dans leurs solutions respectives des spécifications du cadre interopérable.

A l'instar des exemples d'autres pays, il convient d'inscrire une stratégie nationale des systèmes d'information de santé dans un schéma directeur qui sera porté par l'Agence. A partir des priorités sanitaires du pays et des principaux besoins des acteurs du secteur, l'Agence doit établir et décliner une stratégie nationale visant à assurer une meilleure coordination des projets de l'Agence et des projets stratégiques des acteurs du secteur, à identifier les doubles emplois et promouvoir les projets synergiques et mutualisés s'appuyant sur les référentiels d'interopérabilité.

Enfin, l'Agence pourra utilement jouer un rôle de conseil auprès des autorités de tutelle en matière d'orientation de projets informatiques stratégiques avant de libérer des financements.

Tout en étant conscient des risques technologiques et financiers inhérents à une politique coordonnée dans ce domaine et des efforts nécessaires pour atteindre un objectif global à un horizon d'au moins 5 ans, il faut constater un besoin élémentaire d'un organe de gouvernance intégrant tous les acteurs-clés si l'Agence doit assurer les missions décrites ci-dessus.

La forme juridique choisie est le groupement d'intérêt économique (GIE). Il est prévu d'attribuer la gestion de l'Agence à une structure existante dont les missions, les moyens, le fonctionnement, la dénomination et la gouvernance devraient être adaptés. En fait, le GIE Healthnet regroupe déjà aujourd'hui l'Etat, la Caisse nationale de santé, les médecins et les hôpitaux et gère les connections d'échange de données informatiques entre les hôpitaux et avec la Caisse nationale de santé. Un élargissement à d'autres acteurs y compris les patients est souhaitable. En outre, il est prévu d'associer le Centre commun de la sécurité sociale, notamment pour la gestion des droits d'accès des assurés et des prestataires.

Les technologies de la communication et de l'informatique revêtent une importance majeure dans le domaine de la santé. Elles sont considérées comme un vecteur majeur d'amélioration de la qualité de la prise en charge, de gain d'efficacité et de valorisation d'un potentiel d'épargne. Néanmoins, les questions liées à l'informatisation dans le domaine de la santé sont d'une grande complexité et requièrent un engagement financier substantiel à long terme.

Le financement des activités de l'agence serait assuré par les financiers actuels du secteur, i.e. la Caisse nationale de santé et l'Etat, qui prévoient un budget à cet effet. Cette participation s'applique déjà aujourd'hui au G.I.E. Healthnet. A noter que le financement du projet e-Santé est pris en charge par l'Etat jusque fin 2010. Une partie des moyens futurs nécessaires pourraient provenir de la concentration de certains moyens budgétaires actuellement déjà alloués. Pour les années à fort investissement dans la plateforme et ses applications, il est sans doute nécessaire d'allouer des moyens supplémentaires à l'Agence pour qu'elle puisse remplir les missions lui attribuées.

L'Agence pourra aussi acquérir des fonds d'autres sources, en collaborant par exemple à des projets européens.

Point 32° – article 60quater

Le dossier de soins partagé est un dossier partagé et informatisé, regroupant des données déterminées communiquées par les différents prestataires de soins, par la Caisse nationale de santé et le patient.

Le dossier de soins partagé doit permettre de donner aux professionnels de santé un accès unifié et automatisé à certaines données médicales, de soins ou encore administratives relatives à un patient, sous forme de rapports médicaux, de résultats d'analyses de biologie clinique, de comptes rendus d'investigations diagnostiques, d'ordonnances ou de prescriptions, de radiographies ou de tout document ou effet intéressant l'état de santé ou le traitement thérapeutique.

Le patient y aura également accès. Il pourra consulter le contenu de son dossier et les traces d'accès à ses données, afin de pouvoir le cas échéant s'opposer à des accès illégitimes ou non souhaités. Il est aussi visé de mettre progressivement en place des espaces permettant au patient d'ajouter du contenu le concernant.

Le but du dossier s'inscrit dans le cadre de la coordination des soins et permettra aux prestataires de soins d'obtenir une meilleure information et une vue globale sur l'état de santé du patient. Un aspect important est qu'ainsi, des doubles emplois en matière de diagnostics et de médication ou encore des traitements médicaux désordonnés et même contradictoires peuvent être évités.

Sous réserve des dispositions réglementaires à venir, cet article laisse intactes les dispositions régissant actuellement la tenue des différents dossiers tenus à jour par les différentes catégories de professionnels de santé, notamment médecins, pharmaciens, et soignants.

Point 33° – article 61, alinéa 2, point 3) CSS

Cette modification vise à préciser qu'il s'agit de conventions distinctes pour les différentes professions de santé et que l'ancienne formulation „pour chacune des professions de santé“ n'entraîne pas une obligation pour la Caisse nationale de santé d'avoir à conclure pour chacune des professions de la santé une convention.

Point 34° – article 64 CSS

Le point 1 de l'alinéa 1 prévoyait jusqu'à présent la fixation au niveau conventionnel des dispositions organisant la transmission et la circulation des données et informations entre les différents acteurs du système de soins de santé. Sur le fond de l'introduction du dossier de soins partagé, il s'impose de transférer la fixation de ces dispositions au niveau réglementaire (cf. article 60bis, alinéa 3). Les modalités de la procédure pour les différents prestataires de soins restent attachées au niveau conventionnel.

Les modifications à l'alinéa 2, points 2), 7) et à l'alinéa final ont trait aux médicaments:

Dans le contexte de la prescription médicale, les nouvelles dispositions légales introduisent la notion de „prescriptions inutilement onéreuses“. Il s'agit ici d'une obligation faite au médecin de recourir en première instance aux médicaments pour lesquels une base de remboursement existe et d'éviter dans la mesure du possible la substitution ou un désavantage financier pour le patient tout en garantissant les mêmes résultats thérapeutiques.

Dans le cadre des dispositions légales réglant l'institution d'un rapport d'activité individuel de chaque médecin par le Contrôle médical sur base des données de remboursement de la Caisse nationale de santé, il est introduit la notion de „seuil de prescription“ qui fixe pour chaque spécialité médicale un pourcentage minimum de médicaments à prescrire parmi ceux qui disposent d'une base de remboursement. Ici encore la nouvelle législation s'inspire de la législation belge. Comme le nombre de médicaments dont le brevet est tombé, varie fortement d'une spécialité médicale à l'autre, le seuil de prescription est fixé différemment pour chaque spécialité médicale. La fixation des seuils pour chaque spécialité est opérée dans le cadre de la convention conclue entre la Caisse nationale de santé et le corps médical. L'article 64, alinéa 2 inscrit cette obligation dans la loi.

La convention contiendra en même temps des critères sur lesquels un indicateur de déviation sera basé. La même technique a été employée pour les bonnes pratiques médicales en matière de contrôle des prescriptions pour le congé de maladie. Ainsi l'on peut penser aux règles conventionnelles suivantes: l'indicateur n'opère que dans le domaine ambulatoire, donc pour les médicaments délivrés en pharmacie publique et établit un rapport entre l'ensemble des médicaments prescrits par un médecin, quantifiés par le volume global exprimé en DDD (Daily Defined Dose) et ceux appartenant aux groupes pour lesquels il existe une base de remboursement. L'indicateur est valable pour une année de calendrier entière et le comportement de prescription est analysé également pour une période annale.

En l'absence actuelle d'un règlement des pharmacies „Apothekerbetriebsordnung“, les règles applicables à la substitution de médicaments font l'objet de dispositions conventionnelles entre la Caisse nationale de santé et le groupement des pharmaciens.

Le point 8) de l'alinéa 2 prévoit la définition de domaines d'application de la rémunération salariée des médecins et médecins-dentistes. La rémunération sur base d'actes tarifés est actuellement l'unique forme de rémunération de la profession médicale, aussi au Centre hospitalier qui, bien que les médecins y exerçant soient des salariés, facture à la Caisse nationale de santé les actes prestés suivant la nomen-

clature applicable. Aussi des formes de rémunération dites de vacation (service rendu portant sur une durée) et de capitation (service rendu par personne) sont en principe intégrables dans la nomenclature médicale, notamment parce que les nouvelles dispositions prévues à l'article 65 lient les coefficients des actes à la durée.

Bien que ce mode de rémunération par actes tarifés devra rester la règle, la disposition envisagée ouvre la voie à une prise en charge directe du salaire de médecins dans certains domaines et cas à définir par voie conventionnelle.

Le point 9) de l'alinéa 2 prévoit la fixation par voie conventionnelle des modalités d'application de la procédure de désignation, de changement et de retrait du médecin référent ainsi que le remplacement de celui-ci en cas d'absence.

Au point 3) de l'alinéa 2, le renvoi à l'article 66, alinéa 2 est remplacé par un renvoi à l'alinéa 3 de ce même article. En outre, au point 6) le renvoi à l'ancien article 341 est remplacé par le renvoi à l'article 418.

Le nouvel alinéa 3 élargit l'obligation de tenir une comptabilité analytique suivant des règles définies par la Caisse nationale de santé aux prestataires de soins constitués en tant que personne morale. Cette même disposition existe déjà aujourd'hui pour les prestataires actifs dans le domaine de l'assurance dépendance et est introduit à l'article 74 pour les établissements hospitaliers.

Le nouvel alinéa 4 introduit l'obligation d'inclure dans les conventions de certains prestataires de soins des dispositions en relation à la qualité de soins et ceci à l'instar des dispositions prévues à l'article 388bis pour l'assurance dépendance.

Point 35° – article 65 CSS

Dans l'alinéa 2, les nomenclatures actuelles et surtout les coefficients correspondants ne reflètent plus les valeurs relatives de pondération entre les différents actes. A l'instar du relevé d'aide et de soins de l'assurance dépendance, la rémunération des différentes prestations fournies doit tenir compte de facteurs objectifs tels que la durée associée à la fourniture de l'acte, la technicité, l'effort intellectuel ou encore les compétences y associées. Par ce biais, les coefficients des actes doivent aussi tenir compte de l'évolution de l'art médical ou du progrès technologique.

A l'alinéa 3, la réforme rompt avec la pratique actuelle que chaque médecin peut faire chaque acte et que tous les actes peuvent être pratiqués dans tout établissement hospitalier. Par l'introduction de filières de soins intégrées et de centres de compétences, la planification et la coordination des soins sont introduits en tant que fils conducteurs à travers le système de soins. Dès lors, la rémunération des prestations de soins doit aussi en tenir compte, notamment par l'utilisation des majorations et des réductions prévus à l'alinéa 6 de cet article.

L'alinéa 4 règle la prise en compte de l'utilisation d'appareils qui se fera dans le futur sur base forfaitaire, et sera donc également désindexée.

A l'alinéa 5, la cotation forfaitaire pour les prestations infirmières en établissement d'aides et de soins est également appliquée au milieu ambulatoire. En outre les prestations fournies dans le cadre des soins palliatifs sont également prises en charge sur base forfaitaire, ce qui représente l'avantage de permettre une prise en charge globale, de simplifier la gestion administrative et d'éviter toute chasse à l'acte.

A l'alinéa 7, en raison de la modification de la composition de la Commission de nomenclature, la saisine du Collège médical respectivement du Conseil supérieur des professions de la santé, devenue superfétatoire, est supprimée.

A l'alinéa 8, la composition de la Commission de nomenclature est revue. En fait, la présence des acteurs issus du domaine des soins de santé est renforcée et portée au même niveau que ceux nommés par les ministres de la Santé et de la Sécurité sociale et de la Caisse nationale de santé. Ainsi, l'Association des médecins et médecins-dentistes se voit accordé un représentant supplémentaire et le Collège médical peut également nommer un représentant. Ce renforcement du corps médical dans la Commission de nomenclature revient à préparer la réforme de la nomenclature médicale, qui va devenir un des défis prioritaires pour les années à venir. Le projet de loi prévoit également d'accorder un représentant à l'Entente des hôpitaux luxembourgeois. Cette mesure doit contribuer au développement d'une meilleure cohérence et d'une meilleure coordination entre les établissements hospitaliers et le corps médical y agréé. En outre, cette mesure peut être considérée comme un préalable à une future introduction éven-

tuelle d'un système de rémunération forfaitaire basé sur des DRG (*Diagnosis related groups*), s'appliquant en commun aux médecins et aux hôpitaux.

Selon l'alinéa 10, la Commission de nomenclature peut recourir aux services de la nouvelle Cellule d'expertise médicale telle que prévue à l'article 65bis.

A l'alinéa 13 les travaux de la Commission de nomenclature sont rendus plus transparents par l'introduction d'une méthodologie et d'une procédure standardisées. Il est également prévu que la nomenclature médicale actuelle évolue progressivement vers un référentiel complété, actualisé et validé.

Dans le cadre de cet article sont également abolies deux particularités du système de rémunération luxembourgeois. Le mécanisme dit du „vase communicant“ permettait de compenser des changements dans les coefficients des actes par une adaptation des lettres-clés. Ce mécanisme n'a néanmoins seulement abouti dans le passé à un effet de redistribution en répercutant une réduction du coefficient sur la lettre-clé de la profession médicale. Il est indispensable d'abolir ce mécanisme, notamment en vue de la correction de certains tarifs à effectuer dans le cadre de cette réforme et surtout en vue de la réforme progressive des nomenclatures actuelles. Le droit de proposition unilatéral en relation avec les actes de consultation, visites et déplacements n'est également plus défendable, dès que les références objectives prévues à l'alinéa 2 entrent en vigueur. En outre, il faut éviter à ce que de telles dispositions puissent mener à des situations de blocage en vue de l'introduction du médecin référent ou des filières de soins intégrées.

Point 36° – article 65bis CSS

Bien qu'exemplaire par l'engagement de ces membres, qui s'investissent à côté de leurs activités principales pleinement dans les travaux, la Commission de nomenclature n'a pas les ressources nécessaires afin de garder la nomenclature à jour, aussi bien en fonction du progrès médical, des nombreuses demandes lui soumises ou d'une maintenance régulièrement requise. La nouvelle Cellule d'expertise médicale représente une ressource permanente, destinée à soutenir et à contribuer à la cohérence de ces travaux. Si la nomenclature doit répondre aussi bien aux critères d'une structure de rémunération transparente et correcte, qu'aux nécessités d'un outil de pilotage efficace de notre système de santé, il faut obligatoirement prévoir les mécanismes et compétences nécessaires.

La Cellule d'expertise médicale doit travailler en réseau, avec les administrations et instances nationales correspondantes, avec des experts et surtout des organismes correspondants au niveau européen. A noter qu'il est également prévu d'associer l'Entente des hôpitaux luxembourgeois à ces travaux.

Le statut de la Cellule d'expertise médicale garantit une indépendance dans l'exécution de ses missions. La Cellule d'expertise médicale se composera de médecins et de professionnels de la santé et de ressources administratives.

En outre, une base légale propre est attribuée au Conseil scientifique créé en avril 2005 par un règlement du Gouvernement en Conseil. Le Conseil scientifique a pour mission d'élaborer et de promouvoir les bonnes pratiques médicales.

Point 37° – article 66 CSS

Les tarifs des actes et des services professionnels doivent être fixés de façon claire et transparente. Ainsi le dépassement des tarifs doit rester une exception tolérée dans des cas bien précis et être cadré par des règles claires.

Plus spécialement, l'évocation explicite de la majoration des tarifs pour hospitalisation en première classe est supprimée dans la loi. Cette disposition ne concerne pas seulement les frais d'hébergement des établissements hospitaliers, mais surtout les tarifs médicaux majorés. Vu que cette disposition a été prise en charge dans une large mesure par la Caisse médico-chirurgicale mutualiste (CMCM), elle n'a pas impacté le budget de l'assurance maladie-maternité. Néanmoins, le maintien dans la loi de cette disposition n'est plus indiqué, vu qu'elle représente un incitatif à une hospitalisation exagérée. En outre, l'hospitalisation en première classe représentait lors de son introduction une exception tolérable. Dans nos établissements hospitaliers modernes, elle devient aujourd'hui la règle. Elle donne également encore souvent lieu à des difficultés d'interprétation, comme par exemple si chaque chambre à un lit peut être considérée comme première classe ou si un seul patient est accueilli en chambre double il peut être considéré comme patient en première classe. La majoration de la première classe est actuellement aussi inscrite dans la convention entre la Caisse nationale de santé et l'Association des médecins et médecins-dentistes de sorte que les mécanismes actuels peuvent rester en place.

La suppression du référencement direct à „l’hospitalisation en première classe“ n’a pas comme finalité de priver une partie du corps médical de revenus substantiels. En fait, il faut trouver d’autres critères pour régler la majoration tarifaire médicale, notamment sur le fonds du développement futur de la chirurgie ambulatoire. Il appartiendra à l’ensemble des acteurs concernés de fixer aux niveaux conventionnels respectifs un mécanisme de transition.

En outre, il est précisé que les forfaits pour utilisation d’un appareil ne sont pas indexés.

Point 38° – article 67 CSS

Le terme de „revalorisation“ est remplacé par celui d’„adaptation“, afin de clarifier que le mécanisme de la fixation de la lettre-clé peut mener en toute théorie, et notamment dans une situation économique correspondante, à des taux d’adaptation négatifs.

Points 39° à 41° – articles 69 à 71 CSS

La procédure de médiation est maintenue et précisée. Une distinction est faite entre la procédure de fixation de la lettre-clé et celle en relation à toute matière conventionnelle, que ce soit les cas de nouvelles conventions, de la modification de conventions ou de fixation de dispositions obligatoires telles que définies aux articles 64 et 66, alinéa 3. La première aboutit en dernière instance au Conseil supérieur de la sécurité sociale. En matière de litiges au niveau conventionnel, cette solution n’est pas possible, étant donné que le Conseil supérieur de la sécurité sociale serait alors appelé à fixer une disposition conventionnelle et à statuer en matière de litige conventionnel. Dès lors, il appartient au ministre d’arrêter les dispositions afférentes qui peuvent par la suite, en application de la procédure d’élaboration normale, être modifiées d’un commun accord par les parties.

Les dispositions de l’article 71 actuel deviennent l’alinéa 3 de l’article 70 nouveau.

Points 42° à 45° – articles 72, 72bis, 73 et 73bis CSS

Le rôle d’une Commission de surveillance d’assurance maladie-maternité, afin d’être efficace et en même temps dissuasive, doit être celui de pouvoir intervenir dans tous les domaines de violation des dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et non seulement celui de trancher des litiges individuels au sujet d’un tarif en application des nomenclatures ou des conventions.

Actuellement le Code de la sécurité sociale attribue à la Commission de surveillance deux champs de compétence:

- 1) celui de l’article 72bis, c’est-à-dire trancher les recours administratifs internes en matières de tarifs et de tiers payant;
- 2) celui de l’article 73: un pouvoir d’investigation et de contrôle.

Il n’est pas opportun d’attribuer à une même commission, à composition identique, deux terrains d’intervention si différents.

Afin de pouvoir réformer la Commission de surveillance et renforcer les mesures relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude, il est indispensable de lui conférer qu’un seul champ de compétence, celui de poursuivre toute inobservation des règles de la sécurité sociale aboutissant à une demande, une prise en charge ou un versement indu d’une prestation par l’institution de sécurité sociale et de faire condamner l’auteur par la juridiction sociale. La loi doit attribuer à la Commission de surveillance des prérogatives adaptées afin d’assurer son efficacité et d’asseoir sa légitimité.

Ainsi il est proposé de transférer le premier champ de compétence actuel de la Commission de surveillance, à savoir celui de l’article 72bis actuel des décisions individuelles relatives aux tarifs et au tiers payant, dans la procédure administrative interne de l’article 47 et de l’article 51 du Code de la sécurité sociale: les litiges individuels opposant soit un assuré soit un prestataire à la Caisse nationale de santé font l’objet d’une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué susceptible d’un recours de première et de deuxième instance devant les juridictions de sécurité sociale.

Il y a lieu de relever que si un même litige requiert aussi bien une décision administrative individuelle que l’initiation de la procédure de sanction, le volet poursuite publique doit avoir priorité sur le volet relatif à la prise en charge afin d’éviter toute contradiction de décisions.

La Commission de surveillance aura ainsi par la suite comme seule mission de poursuivre les faits violant les dispositions légales d’assurance maladie-maternité, commis dans le but d’obtenir ou de faire obtenir le bénéfice d’une prestation maladie injustifiée. Les circonstances visées sont les suivantes:

- 1) toute inobservation des dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ayant abouti ou tenté d'aboutir à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation de soins de santé ou en espèces par l'assurance maladie-maternité;
- 2) le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fautive, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information par l'institution de sécurité sociale compétente ou par le Contrôle médical de la sécurité sociale;
- 3) tout agissement ayant pour effet de faire obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'institution de sécurité sociale compétente;
- 4) tout manquement aux formalités administratives imposées par les dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles;
- 5) le refus du prestataire de reporter dans le dossier de soins partagé les éléments issus de chaque acte ou consultation, dès lors que l'assuré ne s'est pas explicitement opposé au report de cet acte ou consultation dans son dossier de soins partagé;
- 6) la violation des références médicales opposables ou du seuil de prescription des médicaments disposant d'une base de remboursement;
- 7) la prescription ou l'exécution de prestations superflues ou inutilement onéreuses en violation de l'article 23, alinéa 1;
- 8) tout agissement exposant l'assuré à des dépassements d'honoraires non conformes aux dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles.

Pour les situations d'abus visées, la mission de la Commission de surveillance consiste à effectuer des contrôles et des enquêtes tout en respectant les droits et obligations des parties respectives. De ce fait la procédure de contrôle et d'enquête mise en place est assortie de mesures destinées à sauvegarder les droits et libertés constitutionnellement garantis.

De son côté, la Cour européenne des droits de l'homme a également admis la validité du procédé de la sanction administrative au regard de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, mais non sans rappeler le nécessaire respect des prescriptions du droit à un procès équitable de l'article 6 de celle-ci:

1. „Toute personne a droit à ce que sa cause soit entendue équitablement, publiquement et dans un délai raisonnable, par un tribunal indépendant et impartial, établi par la loi, qui décidera, soit des contestations sur ses droits et obligations de caractère civil, soit du bien-fondé de toute accusation en matière pénale dirigée contre elle. Le jugement doit être rendu publiquement, mais l'accès de la salle d'audience peut être interdit à la presse et au public pendant la totalité ou une partie du procès dans l'intérêt de la moralité, de l'ordre public ou de la sécurité nationale dans une société démocratique, lorsque les intérêts des mineurs ou la protection de la vie privée des parties au procès l'exigent, ou dans la mesure jugée strictement nécessaire par le tribunal, lorsque dans des circonstances spéciales la publicité serait de nature à porter atteinte aux intérêts de la justice.

2. Toute personne accusée d'une infraction est présumée innocente jusqu'à ce que sa culpabilité ait été légalement établie.

3. Tout accusé a droit notamment à:

- a) être informé, dans le plus court délai, dans une langue qu'il comprend et d'une manière détaillée, de la nature et de la cause de l'accusation portée contre lui;*
- b) disposer du temps et des facilités nécessaires à la préparation de sa défense;*
- c) se défendre lui-même ou avoir l'assistance d'un défenseur de son choix et, s'il n'a pas les moyens de rémunérer un défenseur, pouvoir être assisté gratuitement par un avocat d'office, lorsque les intérêts de la justice l'exigent;*
- d) interroger ou faire interroger les témoins à charge et obtenir la convocation et l'interrogation des témoins à décharge dans les mêmes conditions que les témoins à charge;*
- e) se faire assister gratuitement d'un interprète, s'il ne comprend pas ou ne parle pas la langue employée à l'audience.“*

Afin d'assurer le respect des garanties fondamentales de l'article 6, il y a lieu de distinguer clairement entre la phase de l'instruction assurée par une autorité administrative, la Commission de surveillance, et la phase juridictionnelle de l'exercice du pouvoir de sanction. La Commission de

surveillance procède à l'enquête, désigne un rapporteur parmi ses membres et si elle retient que les éléments constitutifs d'une situation d'abus sont établis, elle renvoie l'affaire devant les juridictions sociales. En première instance il appartient au Conseil arbitral de la sécurité sociale de juger l'affaire et de prononcer ou non la sanction. Le défendeur dispose ici de toutes les garanties du droit à un procès équitable devant une juridiction indépendante et il peut faire appel devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale.

Point 46° – article 74 CSS

Le mécanisme actuel de budgétisation des établissements hospitaliers sur base de leurs activités spécifiques est cadré par l'introduction d'une enveloppe budgétaire globale pour le secteur hospitalier. Jusqu'à présent le pilotage du secteur hospitalier se faisait quasi exclusivement à travers le plan hospitalier et la Commission permanente pour le secteur hospitalier. Mais aucun pilotage financier global n'était possible, notamment dû à l'augmentation des besoins ou au progrès technologique, mais aussi à un élargissement permanent de l'offre: construction de nouveaux hôpitaux, création de services, nombre de médecins agréés dans les hôpitaux, pratiques de prescriptions, etc.

Le cadrage financier imposé au secteur hospitalier dans sa globalité engendre l'obligation d'une recherche d'efficacité et de synergies au sein des hôpitaux mais aussi entre les différents hôpitaux, qui ne peuvent plus se contenter d'une stratégie isolationniste mais doivent s'intégrer dans une approche nationale de l'organisation des services hospitaliers. En outre, l'enveloppe budgétaire globale, plus stricte à appliquer que la budgétisation actuelle, oblige les établissements hospitaliers à mieux planifier et organiser leurs activités et à intégrer activement le principe de l'utile et du nécessaire dans leur gestion, principe trop souvent oublié dans une logique expansionniste et de satisfaction de toutes les demandes.

Le mécanisme d'enveloppe budgétaire globale est complémentaire au pilotage et à la planification de l'offre et de la politique d'investissement, qu'il vise en effet à soutenir. Ainsi, l'introduction de filières de soins intégrées ou de centres de compétences, la recherche active de synergies et de collaborations, la mise en réseau avec les soins extrahospitaliers ou encore la mise en oeuvre d'une stratégie de partage de données sont seulement possibles si le pilotage financier est également coordonné à un niveau national. Ce mécanisme ne mène néanmoins pas à une mise en péril de la qualité de l'offre, car il permet aussi une concentration des moyens sur des objectifs de couverture des soins de santé bien définis. En outre, le gouvernement reste aussi bien responsable de la politique d'investissement dans le secteur hospitalier que de l'évolution de l'enveloppe globale. Ainsi, à titre d'exemple, lors de la création d'un nouveau service hospitalier, le financement de l'activité y relative peut être assurée soit par une augmentation de l'enveloppe hospitalière, soit par l'adaptation ou la réévaluation d'autres offres.

L'évolution de l'enveloppe budgétaire globale se fait sur base de critères objectifs tels que les facteurs démographiques, l'évolution des coûts, l'adaptation du plan hospitalier, les facteurs économiques ou encore le progrès médical, etc. La Caisse nationale de santé, et aussi la CPH et le Comité quadripartite en tant que plateformes d'échange essentielles restent associés à la démarche.

Les actes médicaux ne sont pas intégrés dans l'enveloppe budgétaire globale. Cette alternative a été sérieusement étudiée et représente certes des atouts intéressants, tels qu'un pilotage financier global de l'activité hospitalière et une transparence accrue. Néanmoins, elle semble être difficilement intégrable dans un système de médecine libérale qui reste la règle au Luxembourg. En outre, les objectifs visés peuvent être atteints par l'obligation de la documentation ou surtout l'introduction d'un *numerus clausus* du nombre de médecins intégrés dans les établissements hospitaliers. Une combinaison effective des frais directement liés à l'acte médical et des frais hospitaliers est idéalement réalisable dans le cadre d'une prise en charge forfaitaire globale, tels les systèmes de DRG (*Diagnosis related groups*) introduits sous diverses formes dans presque tous les systèmes de santé avancés. Une telle réforme n'est actuellement pas à l'ordre du jour et comporte des risques d'application et des difficultés d'implémentation pour un petit pays. La présente réforme crée néanmoins les prérequis pour un tel éventuel prochain pas.

La budgétisation des établissements hospitaliers est encore adaptée en différents points. Ainsi, la périodicité de l'élaboration des budgets est portée de un à deux ans et ceci pour des raisons de simplification administrative pour la Caisse nationale de santé. Le dépassement des budgets est plus strictement cadré, non seulement par l'enveloppe budgétaire globale mais surtout par le nouvel alinéa 3 de l'article 79.

Un élément essentiel est l'introduction d'une comptabilité analytique standardisée à définir par la Caisse nationale de santé. Les modalités actuellement prévues par la loi hospitalière sont abolies et remplacées par les mêmes dispositions applicables dans le cadre de l'assurance dépendance (art. 388bis alinéa 6 CSS). Il est en effet essentiel que la Caisse nationale de santé arrive à effectuer une analyse fondée et transparente de la structure de coûts des différents services et établissements, notamment à des fins de comparaison au niveau national et international ou encore en vue d'une forfaitisation de la prise en charge de certaines prestations. A cette fin, elle doit également pouvoir accéder à une partie des données en relation avec l'activité médicale.

L'alinéa 7 prévoit encore une débudgétisation des analyses de laboratoire effectuées par les établissements hospitaliers en milieu extrahospitalier. Cette mesure vise à normaliser la situation concurrentielle entre laboratoires privés et hospitaliers et d'éviter toute situation de concurrence déloyale.

Point 47° – article 77 CSS

L'article est adapté afin de tenir compte du mécanisme de l'enveloppe budgétaire globale.

Point 48° – article 78 CSS

Les mécanismes de prise en charge des frais variables par voie directe ou par forfait sont différenciés.

Point 49° – article 79, nouvel alinéa 3 CSS

Cette nouvelle disposition vise à mieux cadrer l'application des budgets hospitaliers, en imposant des limites plus strictes de clôtures des décomptes et en incitant à une plus grande convergence entre budget et décompte définitif.

Point 50° – article 84, alinéa 4 CSS

Conformément à l'article 52 du Code de la sécurité sociale, la Mutualité des employeurs a pour objet:

- 1) d'assurer les employeurs contre les charges salariales résultant de l'article L. 121-6 du Code du travail pendant la période d'incapacité de travail de ses salariés incapables de travailler s'étendant jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le soixante-dix-septième jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de douze mois de calendrier successifs;
- 2) de procéder au versement d'indemnités pécuniaires pour la même période aux travailleurs non salariés affiliés à titre volontaire.

En vue d'éviter toute insécurité juridique, il importe de soumettre le remboursement des charges salariales par la Mutualité à la prescription triennale applicable en matière de salaires (article L. 221-2 du Code du travail). L'expérience a en effet montré que certains employeurs omettent de fournir dans un délai raisonnable au Centre commun les données correctes (et plus particulièrement les heures de travail et celles chômées pendant le congé de maladie) lui permettant de déterminer le montant du remboursement. Il importe que les vérifications administratives puissent être faites à temps et que le bilan de la Mutualité ne reste pas grevé indéfiniment par d'anciennes créances douteuses.

En conséquence, il convient de compléter l'article 84, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale qui dispose actuellement que l'indemnité pécuniaire de maladie ou de maternité se prescrit par trois années à compter de l'ouverture du droit. Par analogie, cette formulation englobe la prescription de l'indemnité pécuniaire versée par la Mutualité au travailleur non salarié qui s'y est affilié volontairement.

Point 51° – article 146, alinéa 2 CSS

Du fait de la réforme de la Commission de surveillance n'ayant désormais que des attributions de poursuite publique, il y a lieu d'en adapter par parallélisme la disposition afférente de l'assurance accident.

Point 52° – article 150 CSS

Il y a lieu de se reporter au commentaire du point 17° (art. 32, points a) et d)) relatif à la prise en charge par l'Etat des cotisations des coopérants.

Point 53° – article 172, alinéa 1, point 7) CSS

La loi du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance dispose à l'article VIII de ses dispositions transitoires que les personnes bénéficiant d'une allocation de soins prévue par la loi

du 22 mai 1989, continuent de bénéficier des dispositions de cette loi, aussi longtemps que des prestations au titre de l'assurance dépendance ne leur auront pas été allouées pour la même période à leur demande.

La volonté du législateur était de laisser le bénéfice des allocations de soins au-delà du 1er janvier 1999 malgré le fait qu'elles étaient abrogées et remplacées à cette date. D'autre part, le législateur n'a pas établi un bénéfice automatique des nouvelles prestations, à savoir la prise en compte pour l'aidant informel de périodes d'assurance pension donnant lieu à paiement de cotisations, mais les a soumis à une démarche volontaire des aidants informels.

La présente modification a pour objet de supprimer la limite temporelle du 31 décembre 1998 afin de permettre à la personne ayant assuré des soins à un bénéficiaire d'une allocation de soins prévue par la loi du 22 mai 1989 au-delà de la mise en place du nouveau régime de l'assurance dépendance du fait qu'elle n'a jamais fait une demande de changement afférente, de rester assurée dans le cadre de l'article 172, alinéa 1, point 7).

Point 54° – article 240, alinéa 1, points 1) et 2) CSS

Il y a lieu de se reporter au commentaire du point 17° (art. 32, points a) et d)) relatif à la prise en charge par l'Etat des cotisations des coopérants.

Point 55° – article 249 CSS

Avec la fusion des caisses de pension suite à l'entrée en vigueur de la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique, le règlement grand-ducal du 16 février 2005 fixant les modalités de la répartition du produit des cotisations entre les caisses de pension et le fonds de compensation est devenu superfétatoire et certaines de ses dispositions entrent même en conflit avec le Code de la sécurité sociale. La répartition des cotisations est réglée à suffisance par l'article 246 du Code de la sécurité sociale et les précisions que le règlement apportait à la procédure budgétaire ainsi qu'à la présentation des décomptes ont entretemps été remplacées par des instructions de l'Inspection générale de la sécurité sociale données dans le cadre des nouvelles dispositions communes du livre VI du Code. La précision que les conditions et modalités d'application de l'article 246 peuvent faire l'objet d'un règlement grand-ducal est dès lors supprimée.

Point 56° – article 306, paragraphe 6 CSS

L'article 306, paragraphe 6 actuel renvoie à un seul cas de paiement de l'indemnité pécuniaire de maternité, à savoir celle de la dispense de travail de l'article L. 334-4 paragraphe 5, alors que l'indemnité de congé parental est suspendue dans tous les cas de paiement d'une indemnité pécuniaire de maternité, de sorte qu'il y a lieu de procéder à une rectification de renvoi et de remplacer l'article L. 334-4 du Code du travail par l'article 25 du Code de la sécurité sociale.

Point 57° – article 349, alinéa 2 CSS

Cette modification opère une simple adaptation de renvoi. En effet, il existe seulement deux paragraphes à l'article 356.

Point 58° – article 349, alinéa 4 CSS

Par parallélisme avec la modification de l'article 17, alinéa 1, point 13), l'article 349, alinéa 4, relatif aux prestations de l'assurance dépendance, est reformulé.

Point 59° – article 350, paragraphe 6 CSS

L'extension des gardes de nuits aux cas de soins palliatifs est subordonnée à une modification législative qui s'indique au regard des difficultés d'application au sujet des dispositions trop restrictives de l'article 350, paragraphe 6, alinéa 1 Code de la sécurité sociale.

De la sorte les bénéficiaires de soins palliatifs auront droit à toutes les prestations de l'assurance dépendance à l'exception des prestations en espèces, dues soit au titre d'une dépendance antérieure, soit au titre du congé soins palliatifs, et des adaptations du logement.

Point 60° – article 377, alinéa 1 CSS

Il y a lieu de se reporter au commentaire du point 17° (art. 32, points a) et d)) relatif à la prise en charge par l'Etat des cotisations des coopérants ainsi qu'aux points c) et d) du même article relatifs aux cotisations des étudiants.

Points 61° à 63° – articles 393, 393bis et 393ter CSS

Par parallélisme avec les articles 72, 73 et 73bis nouveaux, les articles 393, 393bis et 393ter ont été modifiés dans le même sens.

Point 64° – article 418 CSS

Les missions et attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale sont adaptées et précisées afin de tenir compte des modifications de la présente réforme.

En outre, sa collaboration avec les autres institutions et organes tels que la Caisse nationale de santé, la Commission de nomenclature et la Commission de surveillance est précisée.

Les points 2 à 13 actuels deviennent les points 6 à 17 nouveaux.

Point 65° – article 421 CSS

Dans l'exécution de ses missions les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale devant nécessairement intervenir dans les relations de l'assuré avec le médecin traitant, ladite disposition ne saurait être respectée en pratique, de sorte qu'il y a lieu de la supprimer.

Point 66° – article 454, paragraphe 3, alinéa 6 CSS

La présente modification a pour objet d'insérer une base légale pour l'application à la désignation des candidats assesseurs-assurés et assesseurs-employeurs des dispositions du règlement grand-ducal du 9 décembre 2008 ayant pour objet la désignation des délégués des institutions et juridictions de sécurité sociale.

Point 67° – article 454, paragraphe 4

La composition spéciale du Conseil arbitral de la sécurité sociale est étendue aux litiges de l'article 47, paragraphes 2, 4 et 6.

Point 68° – article 454, paragraphe 7

La composition spéciale du Conseil supérieur de la sécurité sociale est étendue aux litiges de l'article 47, paragraphes 2, 4 et 6.

Article 2

Cet article regroupe les modifications apportées à la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

Point 1° – article 1, alinéa 1, alinéa 4 et alinéa 5

Les modifications apportées par les points 1°) et 3°) à l'article premier de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers visent à tenir compte de la disparition des „foyers de réadaptation“ qui ne font plus partie du secteur hospitalier mais sont exploités en milieu extrahospitalier et à introduire une catégorie nouvelle d'établissements soumis à la loi hospitalière.

Les „établissements d'accueil pour personnes en fin de vie“ nouvellement introduits se singularisent par leur objet, qui est de répondre aux besoins spécifiques des personnes en fin de vie qui y sont accueillies, sans offrir des soins à visée curative. La „maison Omega“ en construction à Luxembourg-Hamm tombe sous cette définition. Ce projet vise en effet à mettre en place une structure d'accueil pour personnes en fin de vie dont les traitements curatifs ont été épuisés, refusés ou ne sont plus supportés et qui requièrent des soins palliatifs.

Le point 2°) modifie légèrement la teneur du quatrième alinéa afin d'autoriser d'office tous les établissements hospitaliers à poursuivre une mission d'enseignement et de recherche en matière de santé. En effet, l'exigence d'une autorisation préalable spécifique semble peu conforme à l'objectif de développer des structures de santé à la pointe du progrès, qui participent activement à la recherche, notamment dans le cadre de la mise en place de projets tels que la récente création du centre d'investigations cliniques et épidémiologiques du CRP-Santé ou le projet de création d'une biobanque intégrée au système de santé national (IBBL).

Point 2° – article 2

Cet article procède à une refonte de l'article deux de la loi hospitalière. La nouvelle rédaction est calquée sur l'ancien texte, tout en faisant mieux ressortir l'impératif de l'intégration du système hos-

pitalier dans le système de santé national, nécessitant une planification coordonnée, notamment au sein de filières de soins intégrées.

La formulation proposée tient aussi mieux compte de la nouvelle structuration du plan hospitalier et souligne que dans l'intérêt de la santé publique et d'une utilisation efficiente des ressources, il est nécessaire de tenir compte d'impératifs d'activité médicale minimale et de favoriser certains modes de prise en charge préférentiels, notamment la nécessité de favoriser une prise en charge ambulatoire de certaines pathologies. En outre, les nombres minimal et maximal de médecins par service peuvent être fixés, ceci dans un souci de pilotage du développement de l'offre hospitalière.

Point 3° – article 3, alinéa 1 et alinéa 3

Le nouveau point e) introduit au niveau de l'alinéa 1 de l'article 3 de la loi hospitalière vise à souligner l'intégration du système hospitalier dans le système de santé national, nécessitant de tenir compte au niveau de l'inventaire à dresser par la carte sanitaire des filières de soins intégrées et des centres de compétences.

La légère modification apportée à l'alinéa 3 vise à remplacer le terme „anonymisé“ par „dépersonnalisé“. En effet, dans certains cas il est nécessaire de pouvoir travailler avec des pseudonymes au lieu de données strictement anonymes. L'identité de la personne concernée n'est alors pas transmise, toutefois des recoupements restent possibles. De même l'énumération des administrations principalement visées en tant que sources d'informations est remplacée par une formulation plus générique, incluant toutes les autorités luxembourgeoises ou étrangères potentiellement détentrices de données pertinentes.

Points 4° et 5° – article 4, alinéa 2 et article 5, alinéa 1

L'article 4, alinéa 2 de la loi hospitalière prévoit déjà que le ministre ayant dans ses attributions la Santé peut imposer au moment de la création et de l'extension de tout établissement hospitalier ou de tout service d'un établissement hospitalier des conditions particulières dans l'intérêt de la santé publique.

Les changements apportés aux articles 4 et 5 de la loi visent à préciser, en cohérence avec l'article 2 de la loi, que ces conditions particulières imposées dans l'intérêt de la santé publique peuvent le cas échéant concerner les qualifications médicales et professionnelles ou les équipements médico-techniques représentés ou pouvant être représentés, des impératifs d'activité minimale, la participation à des filières de soins intégrées, ainsi que des modes de prise en charge préférentiels pour certaines maladies ou groupes de maladies.

Point 6° – article 7, paragraphe 1

Les modifications apportées à l'article 7 de la loi hospitalière visent à étendre les cas dans lesquels le ministre peut mettre en demeure un établissement à deux cas nouveaux:

- le non-respect des conditions particulières lui imposées dans l'intérêt de la santé publique conformément aux articles 2, 4 ou 5 de la présente loi, ou
- le fait de contrevenir de façon itérative aux dispositions de la loi hospitalière.

Point 7° – article 10, alinéa 2, point 2)

La modification apportée à l'article 10 de la loi hospitalière vise à préciser que le champ des normes pouvant être prises par voie de règlement grand-ducal est étendu aux modalités de documentation de l'activité.

Point 8° – article 12

La disposition nouvelle introduite au niveau de l'article 12 de la loi hospitalière, couplée avec l'abrogation des articles 12 et 21 actuels vise à faciliter et encourager le regroupement d'activités hospitalières par mise en commun d'activités existantes ou par de nouveaux investissements communs.

D'une part, le taux de 50% de l'aide publique est aboli en faveur de l'application de l'article 11 qui prévoit un taux de participation de 80%, d'autre part l'obligation d'organiser ces regroupements au sein d'un GIE a été abandonnée au profit d'un accord préalable du ministre de la Santé sur les éléments essentiels de la structure juridique donnée au regroupement.

Point 9° – article 13, alinéa 2

La modification apportée à l'alinéa 2 de l'article 13 de la loi hospitalière a pour objet d'habiliter un règlement grand-ducal de la détermination des modalités détaillées de la procédure de demande, notamment en ce qui concerne les délais à respecter, les pièces justificatives à joindre au dossier et les cas dans lesquels une étude des besoins et de l'impact sur le système de santé sera dorénavant requise.

Point 10° – article 18

Cet article a pour objet de procéder à une adaptation des missions du commissaire de Gouvernement aux hôpitaux.

Point 11° – article 19, alinéa 2, alinéa 4, alinéas 8 et 9

Cet article procède à des modifications ponctuelles de l'article 19 de la loi. Ces modifications concernent d'une part une légère modification de la composition de la commission permanente pour le secteur hospitalier et, d'autre part, à des adaptations terminologiques. Finalement la modification de l'alinéa 2, point 5) est fonction de l'abolition des articles 34 et 35 de la loi hospitalière au profit de dispositions nouvelles insérées au Code de la sécurité sociale.

Point 12° – article 23

La nouvelle rédaction de l'article 23 vise à souligner dans la loi hospitalière la notion de responsabilité des établissements hospitaliers dans l'évaluation et le contrôle des risques liés aux soins qui y sont prodigués et dans l'évaluation et la promotion de la qualité des prestations qui y sont délivrées. Cette orientation est déjà inscrite dans le chapitre 4 du règlement grand-ducal du 13 mars 2009 établissant le plan hospitalier national et déterminant les missions et la composition minimales des structures d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières et les modalités de coordination nationale de ces structures.

Point 13° – article 26

Les modifications apportées à l'article 26, alinéa 1 concernent la structuration de l'activité médicale. La notion de „service de base“, qui a perdu son importance initiale avec le développement général de services plus spécialisés et structurés, est abrogée.

Cela étant, les modalités de structuration des services et le périmètre de l'activité médicale resteront fonction du projet de service tel qu'autorisé en application du plan hospitalier.

Point 14° – article 26bis

Cet article introduit au niveau de la loi hospitalière un nouvel article 26bis consacré aux „filière de soins intégrée“ et „centre de compétences“.

Pour certaines maladies ou groupes de maladies, il est établi que l'excellence des soins d'un prestataire ou d'un service ne permet d'obtenir un résultat optimal pour le patient que si les soins prodigués s'inscrivent dans une séquence coordonnée de prestations délivrées par des prestataires ou services différents. Cette coordination de prise en charge est idéalement assurée par l'intégration des prestataires concernés. L'intégration horizontale assure la coordination des actions des prestataires vers un objectif commun centré sur le patient, tandis que l'intégration verticale assure la coresponsabilisation des prestataires par rapport aux résultats globaux de la prise en charge.

Cette intégration horizontale et verticale des prestataires impliqués dans la prise en charge de certaines maladies ou groupes de maladies porte le nom de „filière de soins intégrée“. Un contrat d'objectifs et de moyens conclu avec le ministre ayant dans ses attributions la Santé répond à un cahier des charges établissant le ou les besoins de santé publique à couvrir; l'association de la Caisse Nationale de Santé à ce contrat permet d'allouer les ressources aux divers prestataires en fonction des objectifs poursuivis.

Lorsqu'une ou plusieurs filières de soins intégrées atteint les objectifs fixés par le contrat conclu avec le ministre ayant dans ses attributions la Santé et la Caisse nationale de Santé (Caisse nationale de santé), tant en matière d'intégration des prestataires qu'en matière de qualité de résultats pour les patients selon les termes du cahier de charges définitif, le titre de „centre de compétences“ est conféré à la ou aux filière(s) de soins concernée(s).

Ce dispositif a pour but de coordonner les actions et de responsabiliser les prestataires de soins impliqués dans les prises en charge interdisciplinaires et séquentielles de maladies complexes et/ou prolongées, afin d'en améliorer les résultats. L'appartenance à une telle filière de soins constitue pour le prestataire soucieux de la qualité de ses prestations, désireux de documenter cette qualité, et attentif à la coordination efficiente de ses actions avec celles de ses partenaires, l'opportunité de faire partie d'un „centre de compétences“ reconnu pour une maladie ou un groupe de maladies.

Le label „centre de compétences“ ne peut être décerné à un seul service ou prestataire, mais recouvre l'action concertée de plusieurs services et/ou prestataires intégrés en filière, pouvant dépasser ainsi le cadre géographique d'un établissement hospitalier et favorisant les coopérations entre les établissements et les divers secteurs de soins (hospitaliers, ambulatoires, de rééducation, long séjour, ...).

Point 15° – article 29

Le présent article vise à ancrer au niveau de l'article 29 de la loi hospitalière la notion de médecin-coordonateur. Le médecin-coordonateur est l'interlocuteur du directeur médical et des autres organes de l'établissement qui assurent le développement et la coordination de l'activité médicale d'un ou d'un groupement de services hospitaliers conformément aux objectifs du ou des projet(s) de service afférents et aux orientations du projet d'établissement.

Son rôle primaire est d'assurer, en étroite collaboration avec le responsable des soins et le pharmacien responsable, une fonction de coordination et de planification de l'activité médicale. Dans ce contexte il veillera notamment au bon fonctionnement du ou des services et à la qualité des prestations, à la standardisation des traitements et de la prise en charge de patients et à l'utilisation efficiente des ressources disponibles.

Si le médecin coordonnateur ne peut directement intervenir dans le traitement d'un patient déterminé, il doit néanmoins pouvoir disposer d'un droit de regard sur l'activité du service qu'il est censé coordonner.

Point 16° – article 31

L'article 31 actuel de la loi hospitalière n'est pas sans poser problème.

En effet, d'une part, malgré la signature en 2002 d'un accord entre l'Association des médecins et des médecins-dentistes et l'Entente des hôpitaux luxembourgeois portant sur le contrat type de nombreux contrats types ne semblent pas correspondre à son contenu. D'autre part, si la démarche choisie a comme mérite la recherche d'un accord entre organismes représentatifs des établissements hospitaliers et des prestataires concernés, la régularité constitutionnelle de ce type de mécanisme est sujette à caution.

Sans modifier, quant au fond, l'objet de cet article 31, le présent ajout vise ainsi à préciser le statut du médecin hospitalier en clarifiant sa position dans le fonctionnement interne de l'établissement hospitalier.

Point 17° – article 33

Les modifications apportées à l'article 33 de la loi hospitalière ont pour but d'adapter le régime des pharmacies hospitalières. A l'heure actuelle, sauf pour la clinique Ste Marie d'Esch-Alzette qui est desservie en coopération avec la pharmacie de l'Hôpital Kirchberg, tous les établissements hospitaliers concernés disposent d'une pharmacie hospitalière propre.

La nouvelle rédaction de l'article 33 vise aussi à permettre la mise en place de structures communes à plusieurs hôpitaux, permettant ainsi de réaliser davantage de synergies. Déjà aujourd'hui les pharmacies hospitalières du pays coopèrent au niveau de l'Entente des hôpitaux luxembourgeois à travers des négociations communes pour l'achat de produits pharmaceutiques.

Point 18° – articles 16, 21, 34 et 35

L'abrogation de l'article 16 de la loi hospitalière vise à abolir l'obligation de confectionner un projet de loi pour des projets d'importance mineure. Il est entendu qu'il ne restera pas moins obligatoire de confectionner un projet de loi pour tout projet dépassant le seuil de droit commun fixé en application de l'article 99 de la Constitution.

L'article 21 est abrogé pour être couvert par les dispositions nouvellement introduites au niveau de l'article 12 de la loi hospitalière conformément à ce qui est dit à l'article 8 ci-avant.

Les articles 34 et 35 de la loi hospitalière sont abrogés au profit de dispositions nouvelles insérées au niveau du Code de la sécurité sociale.

Dispositions financières

Article 3

La baisse de la réserve minimale de 10% à 5,5% a servi de mesure unique pour compenser pour l'exercice 2010 le déficit de l'assurance maladie-maternité. La réserve minimale est reconstituée progressivement sur 3 ans.

Pour permettre à la Caisse nationale de santé de faire face à d'éventuelles impasses de trésorerie passagères dans sa gestion „maladie“, une ligne de crédit lui est ouverte auprès de sa gestion „dépendance“.

Article 4

Pour les deux années à venir, les lettres-clés des médecins et autres professionnels de santé sont maintenues au niveau actuel. La lettre-clé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique est adaptée de façon plus substantielle, à savoir une diminution de 0,3557 à 0,3050, et ceci pour tenir compte des gains d'efficacité et des économies d'échelle que ce secteur a rencontrés notamment vu le progrès technique considérable des quinze dernières années. En outre, l'offre de ce secteur, aussi bien privée qu'hospitalière, dépasse largement les besoins effectifs de la population et ne peut pas être justifiée par „l'utile et le nécessaire“.

Article 5

La présente disposition vise à maîtriser l'évolution du coût global de l'assurance maladie-maternité et d'assurer la pérennité de notre système de santé.

Le principe du redressement financier à court terme de l'assurance maladie-maternité ancré dans le projet de réforme prévoit la couverture d'un déficit de 100 millions d'euros par :

- 50% par voie de recettes supplémentaires découlant d'une augmentation des cotisations de 0,4% (article 7 de la présente loi),
- 25% par voie d'adaptation statutaire des prestations et des participations des patients (alinéa 2 du présent article),
- 25% par voie d'économies directes sur les tarifs des prestataires de soins.

L'apport des prestataires de soins se décompose en différentes mesures :

- Le gel des lettres-clés des prestataires de soins prévu à l'article 4 de la présente loi doit apporter une économie de min. 3 mio. €. Il faut associer à cette mesure la réduction de la lettre-clé des laboratoires qui doit également apporter quelque 3 mio. €.
- Une adaptation de l'abattement des pharmaciens se fera par règlement grand-ducal suivant les dispositions de l'article 67, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale et devrait apporter 0,5 mio. €.
- L'introduction d'une enveloppe budgétaire hospitalière globale vise à ramener le taux de croissance de ce secteur de +/-6% à 3% et devra dégager au moins 10 mio. € par rapport à l'évolution à législation constante.
- L'adaptation ciblée de certains actes médicaux est sensée apporter une économie de l'ordre de 8,5 mio. € par rapport à la situation actuelle (alinéa 1 du présent article).

Une disposition correspondante à celle de l'alinéa 1 avait déjà été prise lors de la crise au début des années quatre-vingt. Elle ouvre la voie à des négociations avec les prestataires de soins afin de trouver des pistes d'épargne dans leurs schémas de rémunération. Il est proposé de faire une économie de l'ordre de 8 à 9 millions d'euros par rapport au budget 2010.

Par analogie, l'alinéa 2 prévoit de réaliser une économie équivalente en agissant sur la prise en charge des prestations de soins et des médicaments. Etant donné que le budget des frais pour soins de santé s'élève pour 2010 à 1.441,7 millions d'euros, une économie à réaliser à hauteur de 25 millions d'euros équivaut à 1,73 pour cent.

Article 6

La réforme structurelle du financement du secteur hospitalier prévoit à l'article 74 du Code de la sécurité sociale l'introduction d'une enveloppe budgétaire globale. Tel qu'exposé cette mesure fait partie des mesures ciblant à mettre en place une gouvernance commune pour l'ensemble des établissements hospitaliers et est principalement destinée à cadrer l'évolution financière à terme de ce secteur. Le présent alinéa arrête une fixation initiale de cette enveloppe. La procédure d'établissement des budgets spécifiques des établissements hospitaliers prévue à l'article 77 est adaptée en conséquence. Ces budgets peuvent exceptionnellement être fixés jusqu'au 1er juillet 2011.

Article 7

Une augmentation limitée des cotisations de 0,40%, attribuant de façon contrôlée et équitable les dépenses supplémentaires aux budgets des ménages, des employeurs et de l'Etat, est nécessaire afin de reconstituer la réserve minimale précitée, de compenser partiellement et de façon complémentaire aux mesures plus radicales l'excédent des charges du système de soins de santé et de donner les délais nécessaires aux mesures structurelles d'être mises en oeuvre respectivement de montrer leurs effets.

Dispositions abrogatoires*Article 8*

Le projet de loi introduit au Code de la sécurité sociale un nouvel article 22bis relatif à l'établissement de groupes de médicaments à même principe actif principal. Cette disposition risque de faire double emploi avec l'article 18bis de la loi modifiée du 11 avril 1983 portant réglementation de la mise sur le marché et de la publicité des médicaments. L'article 18bis a été introduit par la réforme de 1992, mais jamais appliqué. Il prévoit déjà une liste de transparence de produits „d'une valeur thérapeutique comparable“. Il y a partant lieu de l'abroger.

Dispositions transitoires*Article 9*

Les litiges actuellement pendants sont à traiter en application de l'ancienne procédure et l'ancienne composition en place, alors que le nouveau régime et la nouvelle composition doivent être mis en place en janvier 2011.

Article 10

Un délai supplémentaire est accordé aux prestataires de soins et à la Caisse nationale de santé pour négocier l'insertion des dispositions obligatoires révisées à l'article 64 du Code de la sécurité sociale dans les conventions respectives.

Article 11

Les paragraphes 1 et 2 autorisent l'engagement des fonctionnaires et employés nécessaires au bon fonctionnement de la Cellule d'expertise médicale prévue à l'article 65bis. Cette cellule est soumise à la tutelle conjointe des ministres ayant la Santé et la Sécurité sociale dans leurs attributions et est rattachée administrativement à l'Inspection générale de la sécurité sociale. Complémentairement des médecin-conseils sont détachés par la Direction de la Santé et par le Contrôle médical de la sécurité sociale.

Du fait du transfert de l'attribution de la fixation du prix public des médicaments du ministère de l'Economie vers le ministère de la Sécurité sociale, il est créé un poste supplémentaire de la carrière moyenne du rédacteur auprès du département de la Sécurité sociale. Actuellement cette mission constitue une tâche complète d'un fonctionnaire de la carrière moyenne du rédacteur auprès du ministère de l'Economie.

Le paragraphe 3 autorise l'engagement de deux médecin-conseils afin de permettre au Contrôle médical de la sécurité sociale de faire face aux attributions supplémentaires qui résultent de la présente réforme et de la réforme de l'assurance accident.

Les deux postes de médecin-conseils étaient déjà, en raison de nouvelles missions, prévus dans le projet de loi No 5899 portant réforme de l'assurance accident et y ont été enlevés avec la motivation suivante:

„Le Conseil d'Etat relève que l'article 11 du texte gouvernemental prévoit un changement de la loi budgétaire pour l'exercice 2010 en autorisant le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale à procéder au courant de l'exercice 2010 à l'engagement de deux fonctionnaires de la carrière supérieure du médecin-conseil pour les besoins du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Compte tenu du report de l'entrée en vigueur de la loi, la commission a proposé par voie d'amendement de supprimer cet article. Les dispositions afférentes sont à inclure dans la loi budgétaire pour 2011.“

Il convient dès lors de reprendre ladite disposition dans le cadre de la présente réforme.

Le paragraphe 4 autorise l'engagement d'un fonctionnaire de la carrière supérieure pouvant se prévaloir d'une formation en économie ou en statistiques et d'un fonctionnaire de la carrière moyenne du rédacteur. La création du poste de la carrière supérieure est motivée par la nouvelle mission de l'Inspection générale de la sécurité sociale prévue à l'article 74, c'est-à-dire l'établissement d'une analyse prospective en vue de la fixation de l'enveloppe budgétaire globale des établissements hospitaliers. Le poste de la carrière moyenne est motivé par l'entrée en vigueur au 1er mars 2010 du nouveau règlement CE 883/2004 du Parlement européen et du Conseil portant coordination des systèmes de sécurité sociale de son règlement d'application. Le nouveau règlement 883/2004 impose des changements dans les procédures administratives des institutions de sécurité sociale: le service juridique et international de l'Inspection générale de la Sécurité sociale a dans ce domaine un rôle de coordination interne, de suivi et de contrôle au niveau des institutions luxembourgeoises, afin d'assurer une bonne application du droit communautaire. Par ailleurs les tâches de la Commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants, dénommée à l'avenir, Commission administrative pour la coordination des systèmes de sécurité sociale, sont multipliées sous le règlement 883/2004 alors qu'elle a dorénavant, en plus de son rôle „administratif“, un rôle de „médiateur“ en cas de divergence de vues entre les Etats membres dans l'application des règles de coordination. Le Luxembourg est représenté auprès de cette commission par le service juridique et international de l'Inspection générale de la sécurité sociale. Les tâches du service juridique et international de l'Inspection générale de la sécurité sociale ayant dès lors considérablement augmentées, il y a lieu de renforcer ledit service.

Article 12

Cette article prévoit l'introduction d'une dotation forfaitaire de l'Etat au profit de l'assurance maladie-maternité destinée à compenser dans une phase initiale les effets de l'intégration des prestations en espèces de maternité dans le régime général.

Entrée en vigueur

Article 13

L'entrée en vigueur générale est fixée au 1er janvier 2011, à l'exception

- des dispositions du nouvel article 22bis du Code de la sécurité sociale concernant l'établissement de la base de remboursement et de la substitution des médicaments qui nécessite une phase de préparation et d'information de sorte que cette entrée en vigueur est reportée au 1er janvier 2012,
- des dispositions de l'alinéa 7 de l'art. 74 concernant la débudgetisation des laboratoires hospitaliers et leur fonctionnement suivant les modalités extrahospitalières pour ce qui concerne leur activité dans ce domaine.

Service Central des Imprimés de l'Etat

6196/01

N° 6196¹

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2010-2011

PROJET DE LOI**portant réforme du système de soins de santé et modifiant:**

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

* * *

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

(10.11.2010)

Par dépêche du 4 octobre 2010, Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale a demandé, „dans les meilleurs délais“ bien évidemment, l’avis de la Chambre des fonctionnaires et employés publics sur le projet de loi spécifié à l’intitulé.

La Chambre se doit tout d’abord de faire remarquer que, pour de nombreuses mesures parfois innovatrices, le projet sous avis se contente de créer le seul cadre légal, alors que tous les détails restent à être déterminés par une vingtaine de règlements grand-ducaux. Comme presque toujours dans ce genre de situation, les projets afférents font tout simplement défaut.

Or, consciente du fait que bien souvent le diable réside dans le détail, la Chambre ne pourra se prononcer définitivement qu’au vu desdits projets de règlements grand-ducaux. Par conséquent, elle se voit contrainte de se limiter dans son avis aux grandes lignes de la réforme projetée, tout en renonçant à un examen détaillé article par article du projet de loi.

*

Aux termes de l’exposé des motifs, le projet sous avis „ *vise prioritairement une meilleure coordination et une meilleure pilotabilité du système de soins de santé* “, le redressement à court terme de la situation financière de l’assurance maladie-maternité ne figurant qu’en deuxième lieu.

Une troisième priorité non négligeable n’est malheureusement pas reprise sous le point „ *I.2. Les visées de la réforme* “ de l’exposé des motifs, bien qu’elle ressorte clairement du texte. En effet, le projet sous avis vise en outre à réduire, sinon à plafonner la contribution financière à l’assurance maladie-maternité de l’Etat à 40% (par rapport à 41,13% en 2009 et 41,35% en 2010) et à infliger ainsi une participation financière plus importante aux autres „ *partenaires* “ du système, à savoir aux salariés et aux employeurs cotisants ainsi qu’aux prestataires de soins.

*

1. L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SOINS DE SANTE

En vue d'une ambitieuse réorganisation du système de soins de santé, le gouvernement propose une réforme fondamentale touchant tant la prise en charge extrahospitalière que les établissements hospitaliers, ou encore l'activité médicale, ainsi que la documentation des prestations de soins.

Le médecin référent

La Chambre des fonctionnaires et employés publics approuve en principe l'introduction du médecin référent – guidant l'assuré à travers le système de santé – dans la mesure où l'assuré reste libre de choisir ou non un tel médecin référent.

En effet, les compétences d'un tel médecin référent permettent le choix judicieux des moyens diagnostiques et thérapeutiques en évitant le double emploi, permettant de ce fait non seulement d'accroître la qualité de la médecine, mais d'en diminuer les coûts.

La Chambre apprécie en outre que les auteurs renoncent à attribuer au médecin référent le rôle d'un „gatekeeper“, en faveur de celui d'un conseiller.

Considérant toutefois que les qualifications, les droits et les obligations du médecin référent restent à être déterminés par règlement grand-ducal, la Chambre se réserve le droit de se prononcer définitivement et en détail sur ce point au vu du projet de règlement grand-ducal afférent.

Elle tient en outre à noter que le commentaire relatif au point 8° de l'article 1er du projet sous avis prévoit que „dans un souci de libre choix de l'assuré, ce dernier peut également changer de médecin référent. En outre, le choix d'un médecin référent est lié à une durée minimale d'un an. Ces modalités seront précisées par règlement grand-ducal“.

Or, si ledit point 8° du texte mentionne bien un règlement grand-ducal en vue de la détermination des qualifications, des droits et des obligations du médecin référent, il ne prévoit par contre aucun règlement grand-ducal à l'égard du patient!

Par conséquent, une durée minimale pendant laquelle l'assuré reste lié à un médecin référent, de même que la possibilité de changer de médecin référent, ne sont pas expressément prévues par le texte sous avis, le commentaire n'ayant en effet pas force de loi.

Les mesures de prévention

La possibilité de la prise en charge des mesures de médecine préventive par la Caisse nationale de santé correspond à une nécessité. Des programmes bien faits et bien conduits peuvent contribuer à réduire la morbidité voire la mortalité d'un certain nombre de maladies.

Or, mise à part la mission du médecin référent consistant à „assurer les soins de prévention et contribuer à la promotion de la santé“, prévue au point 8° de l'article 1er du projet, la Chambre est à se demander par quels moyens le texte sous avis permet de renforcer „les attributions d'acteur actif dans le développement de programmes de prévention de la Caisse nationale de santé“.

Les centres de compétences

La Chambre des fonctionnaires et employés publics salue en principe l'introduction de centres de compétences, ainsi que de filières de soins intégrées en vue de „l'amélioration de la qualité et de l'efficience de notre système de soins de santé“, dans la mesure où celle-ci contribue à une amélioration de la qualité de la prise en charge du patient.

Or, le point 14° de l'article 2 du projet sous avis modifie la loi sur les établissements hospitaliers en ajoutant un article 26bis nouveau qui se limite à fournir une définition des notions de „filière de soins intégrée“ et de „centre de compétences“.

Considérant que tous les détails et modalités en relation avec les centres de compétences et les filières de soins intégrées seront précisés par règlement grand-ducal, la Chambre se réserve le droit de se prononcer définitivement sur ce point au vu du projet afférent.

Le dossier de soins partagé

Aux termes de l'exposé des motifs, la mise en place d'un dossier de soins partagé vise à atteindre „une meilleure coordination entre les différentes institutions gestionnaires d'informations au sujet du patient“.

La Chambre constate qu'il s'agit en l'occurrence d'un projet très ambitieux, comptant sur une collaboration très étroite de nombreux acteurs agissant dans des domaines bien distincts et dont l'intérêt en la matière peut varier considérablement. Se pose dès lors la question si une telle collaboration est vraiment réalisable.

D'un autre côté, la Chambre est à se demander si ce projet ne risque pas d'engendrer des dépenses dépassant largement la valeur ajoutée qu'un dossier de soins partagé pourra apporter du point de vue de la qualité de la médecine ou encore de celui d'une réduction des dépenses à charge de l'assurance maladie-maternité.

Quoi qu'il en soit, le projet se limite une fois de plus à définir un certain cadre, alors que toutes les modalités et conditions de la mise en place du dossier de soins partagé restent à être déterminées par un règlement grand-ducal faisant actuellement défaut.

*

2. LE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTE

Le conventionnement obligatoire

La Chambre des fonctionnaires et employés publics apprécie que les auteurs n'envisagent pas de mettre en question le conventionnement obligatoire des médecins.

Considérant qu'il n'appartient pas à la Chambre de se prononcer au sujet du contenu des différentes conventions, elle se demande toutefois si le législateur peut, comme tel est proposé au point 34° de l'article 1er du projet, réellement obliger „les médecins à s'abstenir de prescrire des prestations inutilement onéreuses et à veiller à une médication économique compatible avec l'efficacité du traitement“. Qu'en est-il de la liberté thérapeutique ou encore de la responsabilité du médecin vis-à-vis de son patient?

Les médicaments

Il ressort de l'exposé des motifs que „la pratique de la substitution tend à se généraliser en Europe, allant de pair avec la détermination d'une base de remboursement“.

La Chambre ne s'oppose pas au principe de la substitution, dans la mesure où le produit générique offre un effet thérapeutique non seulement semblable, mais tout à fait identique à celui du produit de marque.

Elle constate toutefois que le texte sous avis ne prévoit aucune exception au principe de la substitution, risquant ainsi de poser problème dans l'un ou l'autre cas exceptionnel.

Les dépenses de maternité

Le gouvernement propose „de réformer le financement des dépenses de maternité en remplaçant le financement actuel direct de l'Etat par une participation aux cotisations et en incluant les prestations de maternité dans le financement normal par cotisation“.

D'après l'exposé des motifs, „le financement des prestations de maternité, se composant de prestations en nature et en espèces (congé de maternité et dispense de travail) correspondantes, ne peut pour des raisons techniques pas être intégré tel quel dans les taux existants. Dès lors il est proposé de créer un taux de cotisation unique pour tous les assurés, majoré de 0,5% pour les assurés couverts par les indemnités pécuniaires actuelles“.

Or, il ressort du commentaire des articles que „si l'intégration des prestations en nature liées à la maternité dans les soins de santé peut se faire facilement, il y a lieu de constater que l'intégration des prestations en espèces correspondantes, se composant du congé de maternité et des frais liés à la

dispense de travail, sans oublier le congé pour raisons familiales, aurait mené à un changement fondamental du taux de participation de l'Etat et du taux de cotisation pour les prestations en espèces, notamment dû au fait que le volume des prestations en espèces de maternité dépasse largement celui lié aux indemnités pécuniaires normales et affiche une dynamique de croissance considérable“.

Ainsi, le point 17° de l'article 1er du projet sous avis introduit un taux de cotisation unique destiné à couvrir toutes les charges de l'assurance maladie-maternité, à savoir:

- les prestations en nature de l'assurance maladie-maternité,
- les prestations en espèces de maternité, ainsi que
- les indemnités pécuniaires de maladie.

Pour les assurés ayant droit à des indemnités pécuniaires de maladie, les auteurs proposent d'introduire une majoration fixe de 0,5%.

La Chambre fait d'abord remarquer que les raisons justifiant le financement des prestations en espèces de maternité par le biais du taux de cotisation unique varient suivant qu'il s'agit de l'exposé des motifs, où il est question de „*raisons techniques*“, ou du commentaire des articles, qui redoute un „*changement fondamental du taux de participation de l'Etat et du taux de cotisation pour les prestations en espèces*“.

Elle constate ensuite que cette façon de procéder défavorise nettement ceux qui, comme les pensionnés, n'ont pas droit à un congé de maternité, à une dispense de travail ou encore à un congé pour raisons familiales. Il en est de même en ce qui concerne les agents du secteur public qui, tout en bénéficiant des congés susmentionnés, ne génèrent aucune dépense à charge de l'assurance maladie.

Quant à la majoration proposée de 0,5%, celle-ci correspond à peine au taux d'équilibre de la gestion actuelle des prestations en espèces.

Or, le budget global des recettes et des dépenses de la Caisse nationale de santé devant être annuellement en équilibre, le taux de cotisation unique arrêté par le comité directeur risque d'augmenter sensiblement, étant donné que la majoration à l'égard des assurés ayant droit à des indemnités pécuniaires de maladie sera désormais fixe.

Toute augmentation des dépenses relatives aux indemnités pécuniaires au-delà du taux de 0,5% sera dorénavant à charge de tous les cotisants, y compris les pensionnés et les agents du secteur public.

La Chambre des fonctionnaires et employés publics ne peut que s'opposer à cette façon de procéder, visant clairement à maintenir la majoration destinée au financement des indemnités pécuniaires aussi modeste que possible, d'autant plus que „*le volume des prestations en espèces de maternité dépasse largement celui lié aux indemnités pécuniaires normales et affiche une dynamique de croissance considérable*“.

*

3. LES ORGANES DE PILOTAGE ET DE CONTROLE

La cellule d'expertise médicale

La Chambre des fonctionnaires et employés publics approuve l'intention du gouvernement de créer „*une Cellule d'expertise médicale indépendante, dont la mission sera de déterminer les libellés des actes, d'en produire une définition complète et d'en préciser les indications et les conditions d'application*“.

Cette cellule d'expertise assistera la commission de nomenclature dans l'accomplissement de ses missions. Si l'idée de la création d'une cellule d'expertise médicale est excellente, l'idée de la rattacher administrativement à l'Inspection générale de la sécurité sociale l'est beaucoup moins.

En effet, le rattachement administratif à l'instance de contrôle de l'assurance maladie risque d'enlever à ladite cellule son indépendance tant prônée à divers endroits de la réforme.

Aussi faudra-t-il veiller à doter la cellule d'expertise médicale d'un personnel scientifique médical et administratif propre et en nombre suffisant, au lieu de recourir à des agents détachés d'autres administrations et services.

La commission de surveillance

Aux termes de l'exposé des motifs et afin de permettre à la commission de surveillance de „se concentrer dans le futur sur la poursuite de certains faits violant le Code de la sécurité sociale, notamment en matière de fraude et d'erreur“, le projet sous avis vise „à intégrer le champ de compétence actuel de la Commission de surveillance des décisions individuelles relatives aux tarifs et au tiers payant dans la procédure de décision administrative présidentielle susceptible d'un recours juridictionnel devant les juridictions de sécurité sociale“.

Tout litige opposant un assuré ou un prestataire de soins à la Caisse nationale de santé fera donc désormais l'objet d'une décision du président de ladite caisse. Se pose dès lors la question quant à l'objectivité et l'impartialité d'une telle décision.

Quant à la forme, la Chambre ne peut que constater que le texte introduisant au point 26° de l'article 1er les nouvelles compétences du président de la Caisse nationale de santé est assez confus.

De plus, le commentaire se rapportant audit point 26° ne fait que renvoyer au commentaire des points 42° à 45°. Or, ce dernier se limite à noter que le champ de compétence relatif aux litiges individuels est transféré dans la procédure administrative interne.

Par conséquent et dans un souci de sécurité juridique, la Chambre des fonctionnaires et employés publics invite les auteurs à revoir les dispositions inscrites au point 26° de l'article 1er.

La Chambre note en outre qu'il appartient dorénavant au président de la commission de surveillance de choisir lui-même et pour chaque affaire les deux représentants de la Caisse nationale de santé sur une liste de 10 personnes établie par le comité directeur. Bien que cette liste comprenne 5 représentants des salariés et 5 représentants des employeurs, le président de la commission de surveillance est libre de choisir soit un délégué de chaque groupe, soit 2 délégués d'un même groupe.

Or, la Chambre estime qu'une représentation paritaire de la Caisse nationale de santé au sein de la commission de surveillance devrait être garantie.

*

4. LE FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITE

Finalement, le gouvernement propose diverses mesures afin de rétablir et d'assurer l'équilibre financier de la Caisse nationale de santé.

D'un côté, il n'appartient guère à la Chambre des fonctionnaires et employés publics de se prononcer au sujet des dispositions visant exclusivement les prestataires de soins. D'un autre côté, l'augmentation du taux de cotisation ainsi que la diminution par règlement grand-ducal des prestations n'interviennent qu'en cas de désaccord au sein du comité directeur de la Caisse nationale de santé par rapport au budget pour l'exercice 2011.

La Chambre ne peut donc se prononcer au sujet des mesures financières visant les assurés cotisants que le moment venu et au vu du projet de règlement grand-ducal afférent. Toutefois, elle refuse d'ores et déjà toute diminution des prestations, favorisant une augmentation plus modeste du taux de cotisation.

Ce n'est que sous la réserve de toutes les remarques et observations qui précèdent que la Chambre des fonctionnaires et employés publics se déclare d'accord avec le projet de loi lui soumis pour avis.

Ainsi délibéré en séance plénière le 10 novembre 2010.

Le Directeur,
G. MULLER

Le Président,
E. HAAG

Service Central des Imprimés de l'Etat

6196/02

N° 6196²

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2010-2011

PROJET DE LOI

portant réforme du système de soins de santé et modifiant:

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

* * *

SOMMAIRE:

	<i>page</i>
<i>Amendements gouvernementaux</i>	
1) Dépêche de la Ministre aux Relations avec le Parlement au Président de la Chambre des Députés (16.11.2010).....	1
2) Texte et commentaires des amendements.....	2

*

**DEPECHE DE LA MINISTRE AUX RELATIONS AVEC LE PARLEMENT
AU PRESIDENT DE LA CHAMBRE DES DEPUTES**

(16.11.2010)

Monsieur le Président,

A la demande du Ministre de la Sécurité sociale, j'ai l'honneur de vous saisir d'amendements gouvernementaux au projet de loi sous rubrique.

A cet effet, je joins en annexe le texte des amendements avec un commentaire.

Les avis des chambres professionnelles relatifs à ces amendements gouvernementaux ont été demandés et vous parviendront dès réception.

Veillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de ma haute considération.

*La Ministre aux Relations
avec le Parlement,
Octavie MODERT*

*

TEXTE ET COMMENTAIRES DES AMENDEMENTS

1° L'article 1er, point 6 du projet de loi est supprimé.

Commentaire:

Il est proposé de retirer la modification de l'article 19, alinéa 1 afin d'éviter toute remise en question du principe du libre choix du prestataire.

2° A l'article 1er, point 8 du projet de loi l'article 19bis, alinéa 1 points 4 et 6 du Code de la sécurité sociale prennent la teneur suivante:

„4) de superviser le parcours de l'assuré dans le système de soins de santé et d'informer le patient par rapport aux risques liés aux doubles emplois, à la surconsommation et aux effets secondaires.

6) d'informer, d'orienter et de conseiller le patient dans son parcours de soins.“

Commentaire:

Les amendements proposés sont motivés par la volonté de clarification du rôle du médecin référent.

3° A l'article 1er, point 8 du projet de loi l'article 19bis, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale est supprimé.

Commentaire:

Il est proposé de renoncer à la fixation des qualifications, des droits et des obligations du médecin référent par voie de règlement grand-ducal et de laisser la fixation de cette matière au niveau conventionnel entre la Caisse nationale de santé et l'Association des médecins et médecins-dentistes.

De pair avec la proposition d'amendement de reporter l'introduction du médecin référent d'une année, cette disposition devrait permettre de trouver un terrain d'entente constructif par rapport à cette mesure dont le bien-fondé est largement partagé.

4° A l'article 1er, point 11 du projet de loi l'article 22bis, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale prend la teneur suivante:

„Sur base de la liste visée à l'alinéa 1, la Caisse nationale de santé fixe pour tous les médicaments inscrits dans la liste positive et susceptibles de substitution, appartenant au même groupe de principe actif principal, une base de remboursement qui constitue le montant sur lequel porte, par conditionnement, la prise en charge de l'assurance maladie-maternité.“

Commentaire:

Afin de clarifier le texte, le bout de phrase „pour un médicament inscrit dans la liste positive“ est supprimé et inséré au début de l'alinéa.

5° A l'article 1er, point 11 du projet de loi l'article 22bis, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale prend la teneur suivante:

„La liste des groupes de médicaments soumis à une base de remboursement est publiée au Mémorial.“

Commentaire:

La publication du montant de toutes les bases de remboursement étant trop volumineuse et soumise à des fluctuations importantes le présent amendement vise à supprimer la publication formelle au Mémorial. Cette publication sera de toute façon faite au site internet de la Caisse nationale de santé.

6° A l'article 1er, point 12 du projet de loi l'article 22ter du Code de la sécurité sociale prend la teneur suivante:

„**Art. 22ter.** Par dérogation à l'article 2, alinéa 1 de la loi modifiée du 17 novembre 2004 relative à la concurrence, les décisions relatives à la fixation des prix des médicaments à usage humain sont prises par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.“

Les critères, les conditions et la procédure se rapportant à cette fixation sont déterminés par règlement grand-ducal.“

Commentaire:

Le présent amendement vise à redresser une erreur de renvoi.

7° A l'article 1er, point 30 du projet de loi l'article 60bis, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale prend la teneur suivante:

„Les dispositions organisant la documentation des diagnostics, des prescriptions et des prestations effectuées peuvent être fixées par règlement grand-ducal.“

Commentaire:

Il est proposé de limiter les dispositions de cet alinéa à la documentation des soins et de garder les dispositions en relation à la transmission et la circulation de données d'informations au niveau conventionnel (cf. article 64).

8° A l'article 1er, point 32 du projet de loi l'article 60quater, paragraphes 3 et 4 du Code de la sécurité sociale prend la teneur suivante:

„(3) L'accès au dossier de soins partagé est réservé au médecin référent, au médecin traitant et aux professionnels de santé participant à la prise en charge du patient.

La direction de l'établissement hospitalier peut accéder aux données des patients traités en leur sein à des fins de gestion des risques et de la qualité des soins, ainsi que de planification de l'activité et de l'organisation des soins.

(4) Chaque patient a un droit d'accès à son dossier de soins partagé et peut à tout moment s'opposer au partage de données le concernant au sein d'un dossier de soins partagé.

Dans ce cas les données le concernant ne sont plus publiées, chaque prestataire peut toutefois avoir accès aux informations concernant les ordonnances, prescriptions, comptes-rendus ou autres actes qu'il a lui-même accomplis.“

Commentaire:

La liste des personnes ou organismes autorisés à accéder au dossier de soins partagé est limitée au médecin référent, au médecin traitant et aux professionnels de santé impliqués dans la prise en charge et autorisés par le patient.

L'accès sur demande du Contrôle médical de la sécurité sociale et des officiers de police judiciaire de la Direction de la santé est supprimé. Pour ces intervenants initialement prévus, cette autorisation n'est pas nécessaire, étant donné qu'ils possèdent par d'autres voies et dans des conditions bien déterminées un accès au dossier géré par le prestataire respectif et visé à l'article 60bis du CSS. Il est rappelé que les deux premiers alinéas du nouvel article 60bis reprennent les dispositions de l'article 21 actuel du CSS afin de regrouper les articles du CSS concernant la documentation et le dossier patient.

La direction d'un établissement hospitalier garde un accès limité et à des fins bien définies aux données liées aux traitements réalisés au sein de l'hôpital.

Par ailleurs, la précision que le patient dispose d'un droit d'accès à son dossier, figurant au commentaire d'article, est formellement reprise dans le paragraphe 4 de l'article 60quater du CSS.

9° A l'article 1er point 31 du projet de loi l'article 60quater, paragraphe 5 du Code de la sécurité sociale prend la teneur suivante:

„(5) L'Agence, la Direction de la santé, le Laboratoire national de santé, l'Inspection générale de la sécurité sociale et la Caisse nationale de la santé, échangent à l'aide de procédés automatisés ou non des informations rendues anonymes à des fins statistiques ou épidémiologiques. Les procédés automatisés se font moyennant interconnexion de données et sous garantie d'un accès sécurisé, limité et contrôlé.“

Commentaire:

Le Laboratoire national de santé (LNS) a entre autres comme mission de réaliser des études épidémiologiques dans tous les domaines de diagnostic dont il est chargé, que ce soit au niveau de la méde-

cine humaine, de la médecine vétérinaire, de la médecine de l'environnement au sens large ou encore de la chaîne alimentaire. Afin de pouvoir assumer un travail de haute qualité au profit de la santé publique au Grand-Duché de Luxembourg, il sera indispensable que le LNS puisse avoir accès aux informations rendues anonymes à des fins statistiques ou épidémiologiques. L'article 60quater, paragraphe 5 du CSS est adapté en ce sens.

10° A la suite de l'article 1er, point 33 du projet de loi il est inséré un nouvel point 34 ayant la teneur suivante:

„34° L'article 61, alinéa 2, point 12 prend la teneur suivante:

„12) concernant les soins palliatifs, pour les réseaux d'aides et de soins, les établissements d'aides et de soins visés respectivement aux articles 389 à 391.“

Les points 34° à 68° actuels du projet de loi deviennent les points 35° à 69° nouveaux.

Commentaire:

Le centre d'accueil pour personnes en fin de vie étant intégré dans le plan hospitalier et de ce fait financé par la voie du budget hospitalier, il y a lieu de supprimer le bout de phrase „*ainsi que les centres d'accueil pour les personnes en fin de vie, dûment agréés par le ministre ayant la Famille dans ses attributions*“ à l'article 61 du CSS relatif aux relations avec le secteur extra-hospitalier.

11° A l'article 1er, point 34 du projet de loi l'article 64, alinéa 1, point 1 du Code de la sécurité sociale prend la teneur suivante:

„1) Les dispositions organisant la transmission et la circulation des données et informations entre les prestataires de soins, les assurés, le Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé ainsi que les caisses de maladie, notamment par des formules standardisées pour les honoraires et les prescriptions, par des relevés ou par tout autre moyen de communication.“

Commentaire:

Dans le même ordre d'idée qu'exposé à l'amendement en relation à l'article 60bis, il est proposé de fixer les dispositions en question au niveau conventionnel. Ainsi la formulation actuelle du CSS est maintenue.

12° A l'article 1er, point 34 du projet de loi l'article 64, alinéa 2, point 2 du Code de la sécurité sociale prend la teneur suivante:

„2) les dispositions garantissant une médication économique compatible avec l'efficacité du traitement, conforme aux données acquises par la science et conforme à la déontologie médicale.“

Commentaire:

Il est proposé de renoncer à la modification prévue dans le projet de loi et de maintenir la formulation actuellement applicable du CSS.

13° A l'article 1er, point 34 du projet de loi l'article 64, alinéa 2, point 6 du Code de la sécurité sociale prend la teneur suivante:

„6) les modalités de l'établissement des rapports d'activité des prestataires de soins prévus à l'article 418.“

Commentaire:

Il est proposé de renoncer à la modification prévue dans le projet de loi et de maintenir la formulation actuellement applicable du CSS.

14° A l'article 1er, point 34 du projet de loi l'article 64, alinéa 2, point 9 du Code de la sécurité sociale prend la teneur suivante:

„9) les qualifications, les droits et les obligations du médecin référent, ainsi que les modalités d'application de la procédure de désignation, de changement et de retrait du médecin référent ainsi que le remplacement du médecin référent en cas d'absence.“

Commentaire:

Dans le même ordre d'idée qu'exposé à l'amendement en relation à l'article 19bis du CSS, il est proposé de fixer les dispositions en question au niveau conventionnel.

15° A l'article 1er, point 35 l'article 65, alinéa 10 du Code de la sécurité sociale prend la teneur suivante:

„La Commission est assistée dans l'accomplissement de ses missions par la Cellule d'expertise médicale, à laquelle elle demande des avis des affaires dont elle est saisie.“

Commentaire:

L'amendement proposé comprend une formulation légèrement moins rigoureuse laissant plus d'autonomie à la Commission de nomenclature.

16° A l'article 1er, point 37 du projet de loi l'article 66, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale prend la teneur suivante:

„Les valeurs des lettres-clés des nomenclatures des prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1) à 3) et 12) 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.“

Commentaire:

Il est proposé de renoncer à la désindexation des actes liés à la location d'appareils qui mènerait de fait à une lettre-clé à part pour ce type d'actes. En outre, il faut traiter le sujet de la tarification de ces actes dans le cadre de la révision de la nomenclature médicale.

17° A l'article 1er, point 40 du projet de loi l'article 70 du Code de la sécurité sociale prend la teneur suivante:

„**Art. 70.** Lorsque la médiation déclenchée en vertu de l'article 69, alinéa 1, n'aboutit pas à un accord sur l'adaptation de la lettre-clé, le médiateur dresse un procès-verbal de non-conciliation qu'il transmet au Conseil supérieur de la sécurité sociale.

Lorsque la médiation déclenchée en vertu de l'article 69, alinéa 2 n'aboutit pas, dans un délai de trois mois à partir de la nomination d'un médiateur, à une convention ou à un accord sur les dispositions conventionnelles obligatoires, le médiateur dresse un procès-verbal de non-conciliation qu'il transmet au Conseil supérieur de la sécurité sociale.

Le Conseil supérieur de la sécurité sociale rend une sentence arbitrale qui n'est susceptible d'aucune voie de recours. Elle doit être prononcée avant l'expiration de l'ancienne convention.

Les conventions et les sentences arbitrales s'appliquent à l'ensemble des prestataires dans leurs relations avec les personnes couvertes par l'assurance maladie-maternité. Elles sont applicables non seulement aux prestataires exerçant pour leur propre compte, mais également aux médecins et médecins-dentistes exerçant sous tout autre régime ainsi qu'aux autres prestataires exerçant dans le secteur extrahospitalier sous le régime du contrat de travail ou d'entreprise.“

Commentaire:

Le présent amendement a pour objet de remplacer l'arrêté ministériel par la sentence arbitrale du Conseil supérieur de la sécurité sociale.

18° A l'article 1er, point 46 l'article 74, alinéa 1er du Code de la sécurité sociale prend la teneur suivante:

„Sur base d'un rapport d'analyse prévisionnel établi par l'Inspection générale de la sécurité sociale, la Caisse nationale de la santé et la Commission permanente pour le secteur hospitalier demandées en leur avis, le gouvernement fixe dans les années paires, au 1er octobre au plus tard, une enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier pour les deux exercices à venir.“

Commentaire:

S'agissant d'une demande d'avis et non pas d'une audition de personnes, le terme „entendues“ est remplacé par le terme „demandées“.

19° A l'article 1er, point 59 du projet de loi l'article 350, paragraphe 6 du Code de la sécurité sociale prend la teneur suivante:

„(6) Par dérogation aux dispositions qui précèdent, la personne bénéficiaire de soins palliatifs a droit en dehors des actes essentiels de la vie, aux prestations prévues à l'article 350, paragraphe 2, et à la prise en charge des produits nécessaires aux aides et soins et des aides techniques prévus à l'article 356, paragraphe 1. Ces prestations sont dispensées dans les limites prévues à l'article 353 sur base du relevé-type d'après les besoins effectifs constatés par le prestataire d'aides et de soins. Les modalités d'ouverture du droit aux prestations prévues ci-avant peuvent être précisées par règlement grand-ducal.“

Commentaire:

Dans le projet de loi la fin de l'article 350, paragraphe 6 actuel du CSS a été supprimée par inadvertance. Le présent amendement vise à redresser ladite erreur.

20° A l'article 1er point 64 du projet de loi l'article 418, alinéa 1, point 9 du Code de la sécurité sociale prend la teneur suivante:

„9) la constatation sur base des rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes établis par la Caisse nationale de santé par voie informatique selon les modalités arrêtées en vertu de l'article 64, alinéa 2, point 6) avec la collaboration du Centre commun de la sécurité sociale, sur base de la banque de données afférente de l'Association d'assurance accident, de la Caisse nationale de santé et des caisses de maladie, d'une éventuelle non observation des bonnes pratiques médicales opposables inscrites dans la convention ou de toute autre déviation injustifiée de l'activité professionnelle du prestataire.“

Commentaire:

Cette modification opère une simple adaptation de renvoi.

21° A l'article 2, point 8 du projet de loi l'article 12 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers prend la teneur suivante:

„**Art. 12.** Sur décision de leurs organismes gestionnaires respectifs, des établissements hospitaliers peuvent mettre en commun des activités et bénéficier à ce titre des aides prévues à l'article qui précède, lorsqu'ils procèdent à des investissements communs.

Ces mises en commun doivent respecter les impératifs en matière de sécurité, de continuité des soins et de qualité de la prise en charge.“

Commentaire:

Cette modification vise à renforcer la promotion du principe de la mise en commun d'activités hospitalières et de le dissocier de questions d'ordre juridique et organisationnel. Il est précisé que cette approche ne dispense pas les initiateurs de telles mises en commun de respecter les obligations découlant de la loi hospitalière respectivement du plan hospitalier.

22° A l'article 2, point 10 du projet de loi l'article 18, alinéa 2, tiret 4 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers prend la teneur suivante:

„– faciliter les projets d'intérêt commun des établissements hospitaliers;“

Commentaire:

Les termes „soutenir“ et „fédération des activités“ pouvant mener à des interprétations équivoques, ils sont respectivement remplacés et supprimés.

23° A l'article 2, point 12 du projet de loi l'article 23, alinéa 1 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers prend la teneur suivante:

„Dans chaque hôpital, groupement d'hôpitaux et établissement hospitalier spécialisé, l'organisme gestionnaire met en place des structures et des mécanismes de gestion des risques, d'évaluation et de promotion de la qualité des prestations, ainsi que de prévention, de signalement et de lutte contre les événements indésirables, y inclus la prévention et le contrôle de l'infection nosocomiale.“

Commentaire:

Cette modification précise la mission de l'organisme gestionnaire en matière de gestion des risques et de la qualité.

24° L'article 3 du projet de loi est modifié comme suit:

„**Art. 3.** Par dérogation à l'article 28, alinéa 1er du Code de la sécurité sociale, la limite inférieure de la réserve y prévue est réduite pour l'exercice 2011 à 5,5 pour cent, pour l'exercice 2012 à 6,5 pour cent, pour l'exercice 2013 à 7,5 pour cent et pour l'exercice 2014 à 8,5 pour cent.“

Commentaire:

La reconstitution de la réserve est désormais échelonnée sur 4 années. Cette modification se base sur la volonté d'amender les dispositions financières prévues dans le projet de loi afin de tenir compte de la décision prise le 10 novembre 2010 par le comité directeur de la Caisse nationale de santé. Le budget équilibré pour l'année 2011 se base sur le report de la reconstitution de la réserve minimale d'une année, une hausse des cotisations réduite à la moitié de celle initialement prévue et une réduction des mesures d'économies à l'égard des assurés et des prestataires de 25 à 20 millions d'euros.

25° L'article 4 du projet de loi est libellé comme suit:

„Par dérogation aux articles 65, alinéa 2 et 67 à 70 du Code de la sécurité sociale, les valeurs des lettres-clés des nomenclatures des prestataires visées à l'article 65, alinéa 1er sont maintenues par rapport à leur valeur applicable au 31 décembre 2010 pour la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2012.

Toutefois pour la même période, et par dérogation à l'alinéa précédent, la valeur de la lettre-clé de la nomenclature des médecins est fixée à 0,51109 à l'indice 100, celle de la nomenclature des médecins-dentistes est fixée à 0,62021 à l'indice 100 et celle de la nomenclature des infirmiers est fixée à 0,65251 à l'indice 100.“

Commentaire:

L'article 64, alinéa 1, dernier tiret du CSS prévoit que les conventions passées entre la CNS et les groupements représentatifs des prestataires de soins prévoient, pour le cas où la négociation sur l'adaptation des tarifs des différentes nomenclatures n'aboutirait pas aux échéances fixées, un mécanisme d'adaptation rétroactif pour couvrir par un „rattrapage“ le temps écoulé entre cette échéance et la mise en vigueur effective du tarif négocié. Ceci a été le cas pour la nomenclature applicable actuellement pour les médecins, les médecins-dentistes et les infirmiers.

En fait les valeurs des lettres-clés de ces prestataires contiennent actuellement un facteur de rattrapage dont l'application vient à échéance au 31 décembre 2010. Il s'agit d'une mesure ayant un effet temporaire et qui est arrêtée selon une méthodologie conventionnelle.

Dès lors ce facteur de rattrapage doit être neutralisé à partir du 1er janvier 2011 du fait que son application est censée couvrir rétroactivement uniquement les périodes situées entre les dates d'échéance de deux négociations tarifaires successives.

Pour les années 2009 et 2010 les négociations tarifaires biannuelles avaient abouti seulement le 28 février 2009 pour les médecins et les médecins-dentistes au lieu du 1er janvier 2009 de sorte qu'un facteur de rattrapage avait été ajouté à la valeur de la lettre-clé normale négociée pour ces deux exercices. Ce facteur de rattrapage n'est applicable que pendant la période située entre le 1er mars 2009 et le 31 décembre 2010. Il s'en suit que ce facteur doit être éliminé pour revenir à partir du 1er janvier 2011 à la valeur de la lettre-clé „normale“.

Le même mécanisme a été activé pour la nomenclature des infirmiers, qui contient actuellement également un facteur de rattrapage du fait que les négociations avaient abouti seulement le 30 juin 2010. Pour clarifier cette situation, l'alinéa 2 de l'article 4 déroge à la règle générale y contenue selon laquelle les lettres-clés „applicables“ au 31 décembre 2010 feraient l'objet d'un maintien à leur valeur au 31 décembre 2010 et détermine, pour les trois nomenclatures visées, avec précision les valeurs apurées des lettres-clés concernées, applicables au 1er janvier 2011.

Sauf augmentation induite par l'évolution future de l'indice du coût de la vie, cette valeur reste, au vu de l'article 4, alinéa 1, maintenue pour les exercices 2011 et 2012.

Par ailleurs, afin de ne pas défavoriser les laboratoires privés par rapport aux autres prestataires, le bout de phrase „à l'exception de la valeur de la lettre-clé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique visés à l'article 61, alinéa 2, point 4) du même Code qui est fixé pour la même période à 0,3050“ est supprimé, de sorte que la valeur de la lettre-clé de la nomenclature des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique reste fixée à 0,3557.

26° L'article 5 du projet de loi prend la teneur suivante:

„**Art. 5.** Par dérogation à l'article 65 du Code de la sécurité sociale, un règlement grand-ducal détermine les réductions nécessaires à opérer sur les coefficients des actes et services prévus dans la nomenclature des prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, point 1) applicables au 31 décembre 2010, afin de dégager au profit de l'assurance maladie-maternité une économie correspondant pour l'exercice 2011, par rapport aux dépenses arrêtées dans le décompte de l'exercice 2009 de la Caisse nationale de santé, à un montant de 6 millions d'euros au minimum et de 6,5 millions d'euros au maximum.

La Caisse nationale de santé et les groupements professionnels représentatifs des prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, tiret 4) du Code de la sécurité sociale déterminent, dans le cadre et suivants les modalités prévues à l'article 65 du Code de la sécurité sociale, les adaptations à apporter aux coefficients des actes de la nomenclature afférente, afin de dégager au profit de l'assurance maladie-maternité une économie correspondant pour l'exercice 2011, par rapport aux dépenses arrêtées dans le décompte de l'exercice 2009 de la Caisse nationale de santé, à un montant de 2 millions d'euros au minimum et de 2,5 millions d'euros au maximum. Au cas où les mesures susceptibles d'engendrer les économies prévues ne peuvent entrer en vigueur pour le 1er avril 2011, les adaptations tarifaires correspondantes sont opérées par dérogation aux dispositions de l'article 65 précité par voie de règlement grand-ducal.“

Commentaire:

L'article 5 du projet de loi comprend dans sa version déposée les dispositions d'économies à charge des prestataires de soins en agissant de façon ciblée sur certains tarifs et à charge des assurés en agissant sur les participations statutaires.

Tel qu'expliqué dans l'exposé des motifs du projet de loi, l'approche du financement de l'assurance maladie-maternité se base sur un ensemble équilibré de mesures se déclinant en:

- un maintien de la participation de l'Etat dans le financement global de l'assurance maladie-maternité,
- une augmentation modérée du taux de cotisation,
- des mesures d'économies visant à titre égal et de façon ciblée les prestataires de soins et les patients,
- une reconstitution en étapes de la réserve minimale.

Suite aux discussions de la réunion du Comité Quadripartite réuni le 27 octobre 2010 et tenant compte du fait que la situation financière à court terme de l'assurance maladie-maternité s'est améliorée par une évolution plus favorable de l'emploi et des cotisations perçues, le ministre de la Santé et de la Sécurité sociale s'était déclaré prêt à reconsidérer le détail de ces mesures, si l'approche équilibrée à la base du projet de loi était maintenue et si cette ouverture pouvait donner au comité directeur de la Caisse nationale de santé une meilleure base de décision pour arriver à un accord en relation avec le budget 2011.

Le 10 novembre 2010, le comité directeur de la Caisse nationale de santé a adopté le budget de l'exercice 2011 en décidant des mesures d'économies statutaires à hauteur de 20 millions d'euros, tout en précisant que cette décision était liée au maintien dans le projet de loi d'une économie correspondante à réaliser à charge des prestataires de soins.

Tenant compte de la décision précitée, l'alinéa 2 de l'article 5 du projet de loi peut être supprimé.

Pour ce qui est des économies à réaliser à charge des prestataires de soins, le commentaire de l'article 5 du projet de loi dans sa version initiale avait retenu un schéma de répartition des 25 millions d'euros prévus à ce moment.

Tenant compte de la réduction de ce montant découlant de la décision de la CNS et considérant différentes autres mesures prévues dans les amendements gouvernementaux, il y a lieu de procéder à une refixation des différents apports:

- La contribution à réaliser par l'introduction de l'enveloppe budgétaire globale pour le secteur hospitalier budgétisé est maintenue tel que prévu dans le projet de réforme.
- L'apport des pharmaciens est considéré dans le cadre de la révision déjà effectuée du mécanisme de rémunération lié à la fourniture de médicaments.
- L'adaptation ciblée de certains actes médicaux à réaliser par voie de règlement grand-ducal en vertu de l'article 5, alinéa 1er du projet de loi est diminuée.
- Le gel des lettres-clés des prestataires de soins est maintenu tout en prévoyant une adaptation technique du mécanisme de leur fixation.
- La diminution de la lettre-clé des laboratoires d'analyses médicales prévue dans le projet de loi est remplacée par une adaptation ciblée des coefficients des actes de la nomenclature afférente qui apportera une économie substantielle.

En ce qui concerne ce dernier point, il y a d'abord lieu de constater que cet amendement tient notamment compte du litige pendant entre la Caisse nationale de santé et l'organisme représentatif des laboratoires privés. En outre, toutes les parties conviennent que le problème majeur du secteur des laboratoires est l'existence d'une nomenclature qui ne tient, par sa structure, ses mécanismes et aussi ses tarifs, pas compte de l'évolution technique et organisationnelle de cette profession. Dès lors, il est proposé de réaliser l'économie projetée par une révision ciblée de certains actes de cette nomenclature, à effectuer endéans trois mois par le biais de la procédure d'adaptation des coefficients des actes prévue par le Code de la sécurité sociale. En cas de non-accord, ces économies devraient être fixées par voie réglementaire. Ce mécanisme avait déjà été appliqué lors de la crise de 1982 dans le cadre de la loi budgétaire pour l'exercice 1983. Cette démarche devrait utilement s'insérer dans une approche plus globale d'une révision en profondeur de cette nomenclature.

Le projet de loi prévoit déjà dans sa version initiale un traitement égal des laboratoires privés et hospitaliers, toutefois en accordant un délai de transition d'un an à ces derniers. Afin de renforcer cette volonté d'un traitement égalitaire, la période transitoire est ramenée à trois mois.

27° L'article 7 du projet de loi est supprimé.

La numérotation des articles du projet de loi est à adapter et l'actuel article 8 du projet de loi devient sous l'intitulé „Dispositions abrogatoires“ l'article 7 nouveau.

Commentaire:

Cet article peut être supprimé suite à la décision prise le 10 novembre 2010 par le comité directeur de la Caisse nationale de santé de limiter la hausse du taux de cotisation à 0,2 pour cent. Le taux de cotisation actuel de 5,4% passe dès lors seulement à 5,6% et non pas à 5,8%.

28° A la suite de l'article 7 (nouvelle numérotation) du projet de loi il est inséré sous l'intitulé „Dispositions abrogatoires“ un nouvel article 8 libellé comme suit:

„**Art. 8.** L'article 2, alinéa 5 de la loi modifiée du 17 mai 2004 relative à la concurrence est abrogée.“

Commentaire:

Les attributions de fixation du prix des médicaments à usage humain étant transférées du ministère de l'Economie vers le ministère de la Sécurité sociale, il y a lieu d'abroger la disposition afférente dans la loi relative à la concurrence.

29° A la suite de l'article 8 nouveau du projet de loi il est inséré, sous l'intitulé „Dispositions transitoires“ un nouvel article 9 libellé comme suit:

„**Art. 9.** En attendant la constitution de la Commission de nomenclature suivant les modalités de désignations prévues par la présente loi, ses attributions sont provisoirement exercées par la Commission de nomenclature en fonction au 31 décembre 2010.“

30° A la suite de l'article 9 nouveau du projet de loi il est inséré un nouvel article 10 nouveau, libellé comme suit:

„**Art. 10.** Les autorisations d'exploitation d'un service de base d'un établissement hospitalier, accordés par le ministre ayant la Santé dans ses attribution en application du règlement grand-ducal

du 13 mars 2009 établissant le plan hospitalier national et déterminant les missions et la composition minimales des structures d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières et les modalités de coordination nationale de ces structures, restent valables.“

Les articles 9 à 13 actuels du projet de loi deviennent les articles 11 à 15 nouveaux du projet de loi.

Commentaire:

Cet amendement est destiné à clarifier que les services hospitaliers gardent leurs autorisations actuelles jusqu'à la prochaine révision du plan hospitalier. Cette modification vise notamment à clarifier la situation des services de base des établissements hospitaliers auxquels la loi hospitalière ne fera plus explicitement référence après le vote de la réforme.

31° L'article 15 nouveau (ancien article 13 du projet de loi) du projet de loi est libellé comme suit:

- „La présente loi sort ses effets au 1er janvier 2011, à l'exception de:
- l'article 1er, point 8 introduisant un nouvel article 19bis dans le Code de la sécurité sociale qui entre en vigueur le 1er janvier 2012;
 - l'article 1er, point 11 introduisant un nouvel article 22bis dans le Code de la sécurité sociale qui entre en vigueur le 1er janvier 2012;
 - l'article 1er, point 12 introduisant un nouvel article 22ter dans le Code de la sécurité sociale et de l'article 8 du projet de loi qui entrent en vigueur le 1er septembre 2011;
 - l'article 1er, point 46 modifiant l'article 74, alinéa 7 du Code de la sécurité sociale qui entre en vigueur le 1er avril 2011.“

Commentaire:

Le présent amendement prévoit une entrée en vigueur différée pour la disposition du médecin référent afin de permettre aux parties signataires de la convention afférente d'en pouvoir élaborer les modalités d'applications.

Afin de permettre à la CNS de mettre en place la procédure se rapportant à la fixation des prix des médicaments à usage humain il y a lieu de prévoir une phase transitoire de transfert des compétences.

La disposition d'entrée en vigueur différée de l'application du régime extrahospitalier pour l'activité correspondante des laboratoires hospitaliers est réduite d'un an à trois mois, et ceci afin d'assurer un traitement égal des laboratoires privés et hospitaliers à partir de l'application des tarifs fixés par le biais de l'article 5, alinéa 2 du projet de loi.

Par ailleurs il est procédé à une simple adaptation de renvoi.

Service Central des Imprimés de l'Etat

6196/03

N° 6196³

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2010-2011

PROJET DE LOI**portant réforme du système de soins de santé et modifiant:**

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

* * *

AVIS DU CONSEIL D'ETAT

(23.11.2010)

Par dépêche du 5 octobre 2010, le Premier Ministre, Ministre d'Etat, a soumis à l'avis du Conseil d'Etat le projet de loi sous rubrique, élaboré par le ministre de la Sécurité sociale. Au texte du projet de loi étaient joints un exposé des motifs, ainsi qu'un commentaire des articles. Les dispositions afférentes du projet de loi sont censées entrer en vigueur en majeure partie au 1er janvier 2011.

Le Conseil d'Etat constate qu'il n'a pas pu disposer des avis des chambres professionnelles, – à part celui de la Chambre des fonctionnaires et employés publics lui communiqué par dépêche du 16 novembre 2010 –, ni de celui du Collège médical ou de la Commission nationale pour la protection des données.

Une série de 31 amendements gouvernementaux a été soumise à l'avis du Conseil d'Etat par dépêche du 16 novembre 2010.

Le Conseil d'Etat rappelle que conformément à l'article 79 de la loi modifiée du 8 juin 1999 sur le budget, la comptabilité et la trésorerie de l'Etat une fiche financière doit être jointe au dépôt de tout projet de loi ayant un impact sur le budget de l'Etat. En l'occurrence, le projet de loi prévoit la création de postes supplémentaires auprès de l'Etat. Dès lors, le Conseil d'Etat estime que la production d'une fiche financière de la part des autorités gouvernementales est requise.

*

CONSIDERATIONS GENERALES

Le projet de loi sous avis a pour objet de réformer le système de santé luxembourgeois en apportant des modifications au Code de la sécurité sociale et à la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers. Il devrait permettre de répondre aux nouveaux défis causés, d'une part, par les changements démographiques de la population et l'allongement des durées de vie donnant une nouvelle envergure à la prise en charge de maladies chroniques notamment cardiovasculaires, respiratoires et neurodégénératives, et, d'autre part, par le développement de certains groupes de pathologies liées à l'environnement au sens large et le style de vie en particulier dans le domaine des maladies cérébrales et cardiovasculaires, des maladies métaboliques et des complications liées à l'obésité et au diabète, des cancers et des affections respiratoires. Les auteurs veulent introduire par le projet de loi sous avis des dispositions visant à améliorer la qualité des soins et l'efficacité des prestations à tous les niveaux. Une attention particulière est donnée à l'organisation des soins en filières, réseaux et centres à compétences particulières et au déploiement de modes de prise en charge considérés comme bonnes pratiques médicales. A travers le projet se trace comme un fil conducteur le souci des auteurs d'alléger le système, en favorisant la prise en charge en milieu extrahospitalier à travers le virage ambulatoire, en orientant le patient prioritairement vers le médecin généraliste, en promouvant la prévention dans l'espoir de pouvoir réduire les besoins en mesures curatives, en portant dans le traitement médicamenteux

teux le choix sur la formule moins chère à efficacité égale. Il appartiendra à tous les intervenants de veiller à ce que cet allègement dans la prise en charge se fasse à efficacité au moins égale. En effet, les auteurs du projet de loi n'omettent pas de préciser que la réforme n'est pas seulement motivée par le souci d'améliorer le système de santé face à l'évolution de la société et des besoins de la population en matière de protection de la santé, mais qu'elle devra également tenir compte de l'évolution financière du système de sécurité sociale du Luxembourg au cours des dernières années et notamment depuis la crise financière de 2008.

Il ressort de l'exposé des motifs du projet de loi que pour l'année 2009 l'assurance maladie-maternité affiche un déficit de 22,1 millions d'euros, pour l'année 2010 un déficit de 42,5 millions d'euros, transformé en un excédent de 49,5 millions d'euros après diminution de la réserve minimale en 2010 de 10% des dépenses courantes à 5,5%. Il s'agit donc de récupérer cette différence de 92 millions d'euros pour atteindre à nouveau le taux de 10%, dans une hypothèse où les dépenses courantes resteraient stables. Les prévisions émises par l'Inspection générale de la sécurité sociale reproduites dans l'exposé des motifs prévoient à législation constante pour 2011 un déficit de 182 millions d'euros (avec restitution de la réserve jusqu'à la limite inférieure de 10%), et de 147 millions d'euros pour 2012. Le résultat cumulé serait ainsi de 3,2 millions d'euros en 2009 et respectivement de 52,7 millions d'euros (-39,3 millions d'euros sans diminution de la réserve) en 2010, de -129 millions d'euros (après reconstitution intégrale de la réserve à 10%) en 2011 et de -276 millions d'euros en 2012. Ces résultats s'expliquent par des dépenses croissantes à un rythme constant et par des recettes évoluant à un taux sensiblement moindre qu'au cours des dix dernières années. Il en découle qu'à défaut d'un retour aux années de croissance du PIB et de l'emploi caractérisant la dernière décennie, l'assurance maladie-maternité ne pourra retrouver un équilibre stable qu'à travers une limitation conséquente des dépenses ou un financement supplémentaire ou une combinaison des deux.

Les mesures retenues par les auteurs dans le projet de loi devraient engendrer pour l'année 2011 une économie substantielle sur l'ensemble des frais de soins de santé par rapport à la projection faite à législation constante. La progression annuelle normale projetée des dépenses de soins de santé, qui s'élève à législation constante à 5-6%, sera ainsi ramenée pour les années à venir à 3-4%. La limite inférieure de la réserve de l'assurance maladie-maternité sera reconstituée de façon progressive, en passant en 2011 à 7,5%, en 2012 à 9%, pour atteindre de nouveau en 2013 les 10% prévus par le Code de la sécurité sociale.

Pour 2011, les mesures prévues en première intention de diminution des dépenses et d'augmentation des recettes auraient donc dû améliorer le solde des opérations courantes de 116 millions d'euros (cf. tableaux V.2 et V3.3. de l'exposé des motifs). La reconstitution partielle de la réserve à 7,5% au lieu de 10% aurait entraîné une diminution de la dotation de celle-ci de 58 millions d'euros (46 au lieu de 104 millions d'euros) et le résultat cumulé aurait donc été amélioré de 174 millions d'euros et se chiffrerait à -8 millions d'euros. En ce qui concerne la couverture des 116 millions d'euros dans le solde des opérations courantes, 25% de ce montant auraient été à charge des prestataires de soins par le biais d'économies directes sur leurs tarifs. Les amendements introduits par les auteurs sont basés sur la décision d'échelonner la reconstitution de la limite inférieure de la réserve de deux à quatre ans, en restant pour l'exercice 2011 à 5,5% au lieu des 7,5% initialement prévus dans le projet de loi, en passant pour l'exercice 2012 à 6,5% au lieu de 9%, et pour les exercices 2013 et 2014 à respectivement 7,5% et 8,5% au lieu des 10% prévus par le Code de la sécurité sociale (CSS). Cette révision s'accompagne d'une réduction de la hausse des cotisations à la moitié de celle initialement prévue et d'une réduction des mesures d'économies à l'égard des assurés et des prestataires de 25 à 20 millions d'euros.

Avec le double but d'améliorer la prise en charge du malade et d'assainir la situation financière de l'assurance maladie, les auteurs affichent l'ambition d'atteindre une amélioration qualitative des prestations de soins tout en diminuant leur rémunération, donc de „soigner mieux en dépensant moins“. Alors qu'un gain de qualité s'accompagne en règle générale d'investissements supplémentaires qui ont leur propre coût, il ne ressort pas clairement du projet de loi comment les auteurs entendent promouvoir ces efforts supplémentaires. Le Conseil d'Etat constate que les auteurs veulent maintenir une organisation du système de soins de santé basée sur l'affiliation obligatoire à un régime de sécurité sociale des citoyens et sur le conventionnement obligatoire et total des prestataires. Un tel choix politique impliquera également le financement global des coûts inhérents aux soins de santé par l'Etat et les institutions de sécurité sociale et ne permettra pas une réduction progressive de leur engagement dans ce domaine.

Les mesures d'économie proposées par le projet de loi sous avis doivent selon le Conseil d'Etat donner la priorité aux initiatives ayant comme objet d'éviter le gâchis et d'empêcher les prestations inadéquates, superflues ou inefficaces, libérant ainsi des ressources nécessaires pour investir dans une amélioration qualitative du système de santé.

Dans leur exposé des motifs, les auteurs énumèrent plusieurs domaines dans lesquels ils veulent procéder à une réforme de l'organisation des soins de santé au Luxembourg. Le Conseil d'Etat les abordera dans le cadre de l'examen des articles.

*

EXAMEN DES ARTICLES

Article 1er

L'article 1er modifie le Code de la sécurité sociale (ci-après „CSS“) en soixante-huit points:

1° (article 2, alinéa 1 CSS)

Ce point qui réduit le délai pour la présentation de la demande en admission à l'assurance maladie-maternité continuée de six à trois mois, et introduit la condition d'une période continue d'affiliation obligatoire de six mois précédant immédiatement la désaffiliation, trouve l'accord du Conseil d'Etat.

2° (article 8 CSS)

Ce point modifie l'article 8 qui définit l'objet général de l'assurance maladie-maternité. Celui-ci est élargi au paiement d'une prestation en espèces sous forme d'indemnité pécuniaire de maternité et à la participation à des mesures de médecine préventive.

Avec la suppression de la gestion séparée des prestations de maternité grâce à leur intégration dans les gestions des soins de santé et des prestations en espèces, les auteurs entendent promouvoir la simplification administrative et freiner l'évolution de ces dépenses.

Dans l'exposé des motifs, les auteurs indiquent que „les attributions d'acteur actif dans le développement de programmes de prévention de la Caisse nationale de santé sont renforcées“. L'alinéa 2 de l'article 17 qui précise le rôle de la Caisse nationale de santé dans le domaine de la médecine préventive n'a cependant subi que des modifications mineures. Le Conseil d'Etat s'attend à ce que la Caisse nationale de santé joue un rôle plus actif dans la médecine préventive allant au-delà d'une simple participation à des mesures de prévention. Il propose de donner à ce point le libellé suivant:

„2° L'article 8 prend la teneur suivante:

„**Art. 8.** L'assurance a principalement pour objet, dans les limites fixées par la présente loi et les statuts:

- le paiement d'une prestation en espèces sous forme d'indemnité pécuniaire de maladie ou d'indemnité pécuniaire de maternité;
- la prise en charge des soins de santé;
- l'organisation et la prise en charge de mesures de médecine préventive et la participation à celles-ci;
- le paiement d'une indemnité funéraire.“ “

3° et 4° (articles 10, alinéa 1 et 12, alinéa 1 CSS)

Sans observation.

5° (article 17 CSS)

Ce point modifie l'article 17 qui énumère les prestations de soins de santé prises en charge dans une mesure suffisante et appropriée.

Le Conseil d'Etat constate que les termes „analyses et examens de laboratoire“ ont été remplacés par „analyses médicales de biologie clinique“ au point 4. Afin de rester cohérent avec la terminologie utilisée dans la loi du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales, il convient d'utiliser les termes „analyses de biologie médicale“.

Le Conseil d'Etat constate que suite à la nouvelle formulation du point 9 (ancien point 7 de l'article 17), les frais de séjour à l'hôpital en cas d'hospitalisation ne sont opposables qu'au cas où les soins en vue de la guérison du patient, de l'amélioration de son état de santé ou de l'atténuation de ses souffrances ne peuvent pas être dispensés en dehors du milieu hospitalier, ces critères pouvant être précisés par règlement grand-ducal. Cette disposition remplace celle qui retient les frais d'entretien en cas d'hospitalisation sauf pour le cas de simple hébergement. Il y a donc une différence notable, étant donné que les frais d'hospitalisation risquent de ne plus être pris en charge lorsqu'il est envisageable que les soins dispensés auraient pu l'être en ambulatoire. Dans le commentaire des articles, les auteurs précisent cependant qu'il s'agirait de „reprenre l'actuelle définition du simple hébergement“. Il semble donc que l'incitation à la prise en charge ambulatoire, notamment dans le domaine chirurgical, voulue explicitement par les auteurs du projet de loi, ne soit pas visée à cet endroit. Aussi, le Conseil d'Etat propose-t-il de maintenir le libellé de la disposition actuelle ayant trait à l'hébergement dans l'article 17 et de ne pas supprimer l'alinéa 2.

6° (article 19, alinéa 1 CSS)

Ce point qui modifie l'article 19 en prévoyant une restriction au principe général du libre choix du prestataire dans le cadre des centres de compétences et des filières de soins intégrées visant une meilleure coordination et une meilleure allocation des ressources du secteur hospitalier est supprimé par l'amendement 1.

Comme le libre choix du médecin n'empêche pas la mise en place de centres de compétences à l'intérieur desquels le libre choix est conservé, comme il n'empêche pas de règles dérogatoires en matière d'urgence, le Conseil d'Etat peut donner son accord à l'amendement 1.

7° (article 19, alinéa 3 CSS)

Ce point remplace à l'endroit de l'article 19, alinéa 3 les termes „pathologies inhabituelles“ par ceux de „cas graves et exceptionnels“, justifiant le recours à des actes non repris dans la nomenclature. Comme la prestation de cet acte ne doit pas toujours être liée à la gravité du cas traité, le Conseil d'Etat invite les auteurs à supprimer le mot „graves“ dans l'expression précitée.

8° (article 19bis nouveau CSS)

Cet article introduit la notion de médecin référent.

Selon les auteurs, le médecin référent assure le premier niveau de recours aux soins.

L'Organisation mondiale de la santé définit les soins de santé primaires comme suit: „Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement viables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à chaque stade de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination.“

La notion de soins de santé primaires telle que diffusée par l'Organisation mondiale de la santé concerne prioritairement les problèmes de santé touchant les populations des pays défavorisés ou des populations défavorisées dans les pays dits développés. Quoiqu'il en soit, cette définition et ses développements ont été acceptés par quasiment tous les acteurs de santé dans le monde.

Dans son rapport 2006-2007 sur la médecine générale, l'Observatoire national des professions de santé français souligne sa difficulté à définir avec précision les soins „de premier recours“ ou „soins primaires“. Il précise que s'agissant des médecins, il fait généralement coïncider ce champ avec celui des médecins généralistes exerçant en secteur libéral ambulatoire. Ce parti pris présente une pertinence certaine puisque ce sont essentiellement ces médecins qui assurent une présence médicale de proximité auprès des populations. Cette optique ne devrait toutefois pas exclure de la réflexion la possibilité d'une réalité plus contrastée des soins primaires. Il est d'abord vraisemblable que des soins primaires sont dispensés par le secteur hospitalier ou par des médecins généralistes salariés dans certains cas. Il est aussi certain que pour certaines populations, par exemple les femmes et les enfants, les gynécologues et les pédiatres dispensent des soins considérés comme primaires. Enfin, pour les patients atteints d'affection de longue durée, ils peuvent être assurés par le médecin spécialiste de l'affection.

En ce qui concerne le médecin référent, les auteurs ne précisent ni dans le dispositif ni dans l'exposé des motifs quelles pourraient être les disciplines médicales visées. Dans le commentaire des articles

par contre, ils constatent que „le médecin référent sera normalement un médecin généraliste respectivement un médecin pédiatre pour les enfants (...). Toutefois, le médecin référent peut aussi être médecin spécialiste, notamment afin de respecter le libre choix du patient et considérant que dans certains cas limités un tel choix peut être médicalement indiqué“.

Dans ce contexte, le Conseil d'Etat rappelle qu'une disposition qui écarterait du cercle des médecins référents par exemple le médecin spécialiste en médecine interne n'ayant pas évolué vers une subspecialisation poserait des problèmes pour cette discipline médicale.

L'importance du développement des soins de santé primaires a été soulignée par de nombreux experts internationaux, tels B. Starfield, cité comme suit¹: „Le nombre de médecins généralistes en activité influence positivement les indicateurs de santé, alors qu'une fois dépassé un certain seuil, le nombre croissant de spécialistes a un effet négatif. Les soins de santé primaires améliorent l'équité des services de santé. Un système de santé fondé sur les soins primaires soutenus est plus équitable, plus efficace et plus efficient. Les soins de santé primaires permettent de limiter les examens techniques inutiles. Les soins de santé primaires permettent une approche globale des différentes comorbidités. Les patients ont énormément besoin de la fonction de synthèse et de suivi des généralistes.“

Il est clair que les missions données au médecin référent constituent une charge de travail supplémentaire pour le groupement de médecins concernés, potentiellement aux dépens de médecins spécialistes. Or, on ne peut pas dire qu'il y ait pléthore de médecins généralistes au Luxembourg, notamment si on tient compte des données de l'OCDE sur la densité démographique des médecins spécialistes et médecins généralistes par rapport aux pays limitrophes (cf. le tableau ci-après). Une conséquence en est par ailleurs le développement des policliniques des hôpitaux qui essaient de compenser le besoin sanitaire non couvert en médecins généralistes.

<i>/1000 habitants</i>	<i>généralistes</i>	<i>spécialistes</i>	<i>Ratio</i>
Belgique	2	2	1
France	1,6	1,7	0,94
Allemagne	1,5	2	0,75
Moyenne OCDE	0,9	1,8	0,5
Pays-Bas	0,5	1	0,5
Luxembourg	0,8	2	0,4

Source: Panorama de la santé 2009: les indicateurs de l'OCDE © OCDE 2009

Sans mettre en doute que le choix d'introduire la fonction de médecin référent puisse revaloriser la médecine générale et la rendre plus attractive au Luxembourg, le Conseil d'Etat s'interroge sur la mise en œuvre à court terme de cette démarche qui réorienterait le patient des médecins spécialistes présents du moins actuellement en nombre suffisant vers des médecins généralistes moins nombreux.

Dans l'exposé des motifs, les auteurs proposent une rémunération pour le suivi régulier du dossier qui doit donc être comprise comme une rémunération à la capitation. Les auteurs suivent ainsi l'OCDE qui plaide dans son étude économique de 2008 sur le Luxembourg pour la mise en place d'un système de médecin référent, avec un échange d'informations qui serait facilité par l'informatisation du dossier du patient, et qui propose de réduire l'incitation à multiplier les traitements médicaux en instaurant une rémunération mixte à la capitation et à l'acte.

Le Conseil d'Etat invite les auteurs à élargir la rémunération à la capitation dans les parcours de soins aux médecins spécialistes. Ainsi, la prise en charge pour une durée minimale d'un an d'un patient porteur d'une pathologie chronique définie, en collaboration avec le médecin référent, avec un échange structuré des informations et l'adhésion à une promotion des bonnes pratiques médicales et à une démarche de développement de la qualité pourrait être rémunéré par capitation, évitant le double emploi et la surconsommation de prestations. Les pathologies chroniques à retenir pourraient être à titre d'exemple les insuffisances cardiaques et respiratoires à un stade avancé, certains cancers, le diabète, le SIDA, l'épilepsie ou encore les maladies intestinales inflammatoires chroniques.

¹ cf. Un système de soins orienté vers les soins primaires: une solution pour le Grand-Duché de Luxembourg? Dr Jil Koullen, Président du Cercle des Médecins Généralistes du Luxembourg, Conférence nationale Santé 2009

En donnant au médecin référent la mission de superviser l'assuré afin d'éviter les doubles emplois, la surconsommation ou les effets secondaires, le législateur lui donne des prérogatives de contrôle qui vont au-delà d'un rôle de conseil et d'accompagnateur. Il n'est pas clair si ces prérogatives de contrôle sont assorties d'une obligation de moyens ou d'une obligation de résultat dans le chef du médecin référent. Dans l'exposé des motifs, les auteurs expliquent qu'ils entendent renoncer au principe de „gatekeeper“. En introduisant une mission de contrôle médical au niveau des soins de proximité, les auteurs s'éloignent de l'approche basant l'introduction du médecin référent sur le volontariat et le partenariat.

Aussi le Conseil d'Etat peut-il se rallier à la modification des points 4 et 6 proposée par les auteurs dans leur amendement 2.

Le Conseil d'Etat note que les auteurs indiquent dans le commentaire de l'article qu'un règlement grand-ducal précisera les modalités selon lesquelles l'assuré peut changer de médecin référent et que le choix d'un médecin référent est lié à une durée minimale d'un an. Ces données ne se retrouvent cependant pas dans le texte du projet de loi.

Avec l'amendement 3, les auteurs veulent renoncer à préciser par voie réglementaire les qualifications, droits et devoirs du médecin référent, et confier ces dispositions au résultat d'une négociation réglant au niveau conventionnel les rapports entre la Caisse nationale de santé et une association représentative de prestataires de soins.

Le Conseil d'Etat se doit de rappeler que l'article 32(3) de la Constitution exige que dans les matières réservées à la loi par la Constitution, le Grand-Duc ne peut prendre des règlements et arrêtés qu'aux fins, dans les conditions et suivant les modalités spécifiées par la loi. La détermination des qualifications, droits et obligations du médecin référent par voie conventionnelle est dès lors exclue. Le Conseil d'Etat doit donc s'opposer formellement à l'amendement 3, tout comme à l'amendement 14 (cf. examen du point 34 par le Conseil d'Etat). Quant au texte prévu initialement à l'endroit du point 8 de l'article 1er du projet de loi, le Conseil d'Etat relève qu'en abandonnant à un règlement grand-ducal la détermination de droits et devoirs du médecin référent autres que ceux décrits dans cet article à l'endroit des missions, les auteurs ne suffisent pas à l'exigence de l'article 32(3) de la Constitution.

La disposition sous rubrique omet d'habiliter le Grand-Duc à déterminer les modalités et conditions de désignation, de reconduction de changement du médecin référent ainsi que de son remplacement en cas d'absence qui seraient fixées selon le point 34 de l'article 1er par voie conventionnelle.

Le maintien de cette disposition sous sa forme initiale empêcherait donc également le Conseil d'Etat d'accorder la dispense du second vote constitutionnel.

Si les auteurs sont d'avis qu'il est indispensable de déterminer des critères de qualification pour les médecins référents, il conviendra d'en fixer les principes dans le texte de la loi même, eu égard aux exigences de l'article 11(6) de la Constitution et dans le respect des dispositions du droit communautaire relatives à la libre prestation de services.

Eu égard à ces observations, le Conseil d'Etat propose de modifier l'alinéa 2 de l'article 19bis qui se lira dès lors comme suit:

„Un règlement grand-ducal détermine les modalités de désignation, de reconduction et de changement du médecin référent ainsi que de son remplacement en cas d'absence.“

9° (article 21 CSS)

Sans observation.

10° (article 22 CSS)

Ce point remplace l'article 22 en reprenant les anciens alinéas 2 à 8 de l'article 22 et les anciens alinéas 5 et 6 de l'article 47 afin de regrouper toutes les dispositions relatives à la liste positive de médicaments. Le texte prévu n'appelle pas d'observation de la part du Conseil d'Etat.

11° (article 22bis nouveau CSS)

Ce point introduit un système de base de remboursement institué en vue de favoriser la délivrance des médicaments les moins chers appartenant à un même groupe comportant un principe actif principal qui n'est plus protégé par un brevet dans le pays de provenance. Le Conseil d'Etat recommande for-

tement de spécifier les conditions d'équivalence en s'inspirant de la législation française et de remplacer l'alinéa 1 par le dispositif suivant:

„La Direction de la santé établit sur base de la classification scientifique internationale dénommée „Anatomical therapeutical chemical classification“ de l'Organisation mondiale de la santé une liste des groupes de médicaments, appelés groupes génériques, comportant un même principe actif principal qui n'est pas ou n'est plus protégé par un brevet dans le pays de provenance du médicament. Cette liste est mise à jour mensuellement et communiquée à la Caisse nationale de santé. Sur cette liste la Direction de la santé distingue les médicaments pour lesquels il peut y avoir substitution par un autre médicament du même groupe, sous condition qu'ils aient

- la même composition qualitative et quantitative en principe actif;
- la même forme pharmaceutique;
- une bioéquivalence démontrée par des études de biodisponibilité appropriées avec un médicament de référence faisant partie du groupe générique; ou, en l'absence de médicament de référence,
- un profil de sécurité et d'efficacité équivalent.“

La modification de l'alinéa 2 introduite par l'amendement 4 et celle de l'alinéa 4 introduite par l'amendement 5 trouvent l'accord du Conseil d'Etat.

12° (article 22ter nouveau CSS)

Dans la mesure où il est précisé qu'un règlement grand-ducal détermine les critères, les conditions et la procédure se rapportant à la fixation des prix des médicaments à usage humain, et que partant l'intervention du ministre compétent se limite à la prise de décision individuelle fixant le prix de chacun de ces médicaments, ce point, tout comme l'amendement 6 y relatif, peuvent trouver l'accord du Conseil d'Etat.

13° (article 23, alinéa 2 CSS)

Sans observation.

14° (article 24 CSS)

Ce point apporte certaines adaptations à l'énumération des actes, services et fournitures auxquelles s'applique le mode de la prise en charge directe par la Caisse nationale de santé.

Le Conseil d'Etat constate que les termes „analyses et examens de laboratoire“ ont été remplacés par „analyses médicales de biologie clinique“ au point 1. Afin de rester cohérent avec la terminologie utilisée dans la loi du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales, le Conseil d'Etat suggère, à l'instar de sa proposition relative au point 1, d'utiliser les termes „analyses de biologie médicale“.

L'introduction du tiers payant social dispensant les assurés confrontés à des situations de détresse et de pauvreté considérable et l'extension du tiers payant aux honoraires médicaux en cas de traitement en milieu hospitalier sont approuvées par le Conseil d'Etat.

15° (article 26 CSS)

Ce point abroge l'actuel article 26, étant donné que les soins d'une sage-femme, l'assistance médicale, le séjour dans une maternité ou clinique, les fournitures pharmaceutiques et produits diététiques pour nourrissons sont désormais inclus dans les prestations de soins de santé à charge de la Caisse nationale de santé. Il trouve l'accord du Conseil d'Etat.

16° à 19 (articles 28, alinéa 2, 29, 30, 31, alinéa 1 CSS)

La notion de „cotisations“ se compose d'une part fixée par un taux de cotisation et de la participation de l'Etat. Suite à l'intégration des prestations de maternité dans le régime général de l'assurance maladie-maternité, il n'y aura plus de distinction au niveau du taux de cotisation entre les différentes prestations et gestions. Toutes les charges de l'assurance maladie-maternité, y compris la dotation à la réserve et le remboursement à la Mutualité, seront financées par cet unique taux de cotisation qui correspond globalement au niveau de celui pour soins de santé actuel. Ce taux est majoré de 0,5% du taux de cotisation pour les assurés qui ont droit à une prestation en espèce. La participation financière

de l'Etat aux prestations de maternité ne s'effectuera plus par une prise en charge directe des frais, mais par le biais d'une participation aux cotisations. Cette intégration permet de simplifier les procédures administratives de la Caisse nationale de santé, car il n'y a plus de décompte des frais avec l'Etat à établir. En dehors de sa participation à raison de 100% au titre des prestations en espèces et en nature en cas de maternité, l'Etat intervient actuellement à raison de 37% au titre des soins de santé et à raison de 29,5% au titre de l'indemnité pécuniaire de maladie. Globalement, la participation de l'Etat au financement de l'assurance maladie-maternité s'élevait en 2009 à 41,2% alors que le nouvel article 31, alinéa 1 CSS fixe la participation de l'Etat à 40%. Au titre de l'article 12 du projet de loi (14 dans le texte amendé), l'Etat verse par ailleurs à titre transitoire un montant compensatoire de 20 millions d'euros par année.

Ces points trouvent l'accord du Conseil d'Etat.

20° (*article 32 CSS*)

Sans observation.

21° et 22° (*articles 33 et 38 CSS*)

Ces deux points opèrent une fusion des dispositions des articles 33 et 38 actuels.

23° (*article 40 CSS*)

Ce point, qui supprime l'article 40 suite à l'intégration du financement des prestations de maternité par l'assurance maladie-maternité, n'appelle pas d'observation de la part du Conseil d'Etat.

24° (*article 43, alinéas 1 et 2 CSS*)

Ce point qui remplace à l'endroit de l'article 43 le terme „indemnité pécuniaire de maladie“ par „prestations en espèce“ n'appelle pas d'observation de la part du Conseil d'Etat.

25° (*article 46, alinéa 4 CSS*)

Ce point qui adapte le libellé de l'article 46 suite à l'intégration du financement des prestations de maternité par l'assurance maladie-maternité n'appelle pas d'observation de la part du Conseil d'Etat.

26° (*article 47 CSS*)

Ce point modifie l'article 47, qui, ensemble avec les articles 72, 72*bis*, 73 et 73*bis*, a trait aux litiges concernant le respect des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles auxquelles sont astreints les prestataires tombant sous le champ d'application du conventionnement obligatoire.

Le Conseil d'Etat note que les auteurs procèdent à des remaniements fondamentaux des dispositions actuelles. Actuellement, l'article 72 permet aux prestataires de saisir la commission de surveillance s'ils veulent s'opposer à une décision du président de la Caisse nationale de santé en rapport avec un litige sur la prise en charge directe des prestations prise conformément à l'article 47(4). Si la commission de surveillance décide que c'est à tort que la Caisse nationale de santé a refusé le paiement ou opéré un redressement des factures présentées, elle décide le paiement ou le redressement qui s'impose au profit du prestataire de soins conformément à l'article 72*bis*. Ces dispositions sont abrogées par le projet de loi sous avis.

Le Contrôle médical de la sécurité sociale se verra attribuer un pouvoir de contrôle et d'intervention à tous les niveaux des différentes procédures où un prestataire est concerné ou mis en intervention. Il remettra un avis écrit au président de la Caisse nationale de santé pour tout litige où un prestataire est suspecté de non-respect des dispositions de l'article 23 (article 47(4)). Il sera le bras exécutif de la commission de surveillance dans les procédures d'investigation (article 73). Dans une procédure contradictoire, il défend auprès du Conseil arbitral de la sécurité sociale les intérêts du président de la Caisse nationale de santé (article 73*bis*).

Les paragraphes 4 et 5 attribuent à l'une des parties signataires des conventions obligatoires, à savoir au président de la Caisse nationale de santé, compétence de décider dans tout litige opposant un prestataire à la Caisse nationale de santé et portant soit sur l'application d'un tarif prévu par les dispositions légales réglementaires, statutaires ou conventionnelles, soit dans des cas individuels, sur le non-respect des dispositions prévues à l'article 23, alinéa 1.

Selon le paragraphe 5, le président de la Caisse nationale de santé est également compétent pour prononcer unilatéralement une amende d'ordre à l'encontre d'un prestataire représenté par l'autre partie.

Sous le régime actuel, la Commission de surveillance d'assurance maladie-maternité est compétente pour trancher les recours administratifs internes en matière de tarifs et de tiers payant.

Les auteurs du projet estiment qu'il ne serait pas opportun de maintenir cette compétence au motif qu'il n'appartient pas d'attribuer à la même commission, à composition identique, tant le pouvoir d'investigation et de contrôle (article 73) que le pouvoir de trancher les recours administratifs internes en matière de tarif et de tiers payant (article 72*bis* du Code de la sécurité sociale).

Si le Conseil d'Etat ne s'oppose pas à cette approche, il ne peut cependant pas se déclarer d'accord avec la solution préconisée et qui consiste à confier au président de la Caisse nationale de santé ou à son délégué la mission de constater une éventuelle „violation de l'article 23, alinéa 1“, de se prononcer, „outre sur le fond et sur la restitution éventuelle de sommes indûment touchées, sur un avertissement du prestataire“, ainsi qu'en cas de récidive dans un délai de deux ans de „prononcer dans sa décision une amende d'ordre dont le montant est égal à cent cinquante pour cent des prestations identifiées comme ayant été indûment accordées ou prescrites, sans pouvoir être inférieures à 500.- euros“. C'est surtout cette dernière compétence attribuée, à savoir le droit de prononcer des amendes, qui pose problème.

Le président de la Caisse nationale de santé ne saurait en effet être à la fois partie et juge en la matière. Le Conseil d'Etat doit s'opposer formellement à cette disposition. Si dès lors le droit de prononcer des amendes était maintenu, il proposerait de confier ladite mission au directeur de l'Inspection générale de la sécurité sociale ou à son délégué. La question se pose s'il ne vaudrait pas mieux, dans cette hypothèse, confier toutes les décisions en la matière au directeur de l'Inspection générale de la sécurité sociale, solution figurant dans le libelle ci-après proposé par le Conseil d'Etat. Dans la mesure où l'Inspection générale de la sécurité sociale constitue une autorité administrative, il y a lieu de prévoir également une disposition particulière introduisant un recours devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale. Le Conseil d'Etat propose de reproduire dès lors la troisième phrase du paragraphe 2 de l'article 47 telle que projetée, sauf à remplacer le „président“ par le „directeur“. Il y aura également lieu d'adjoindre à l'article 423 du Code de la sécurité sociale un point 8 incluant cette nouvelle mission de l'Inspection générale de la sécurité sociale.

Le paragraphe 4 de l'article 47 confère au Contrôle médical de la sécurité sociale un droit d'inspection s'étendant aux lieux où exerce le prestataire concerné de la sécurité sociale, ainsi qu'aux hôpitaux et établissements où le prestataire concerné a effectué les soins, afin de donner son avis sur tout litige opposant un prestataire à la Caisse nationale de santé portant soit sur l'application d'un tarif prévu par les dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles, soit, dans des cas individuels, sur le non-respect des dispositions prévues à l'article 23. Le Conseil d'Etat considère ce pouvoir de contrôle comme disproportionné par rapport au but recherché et non conforme au droit de l'inviolabilité du domicile garanti par l'article 15 de la Constitution et l'article 8 de la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales. Le Conseil d'Etat doit donc s'y opposer formellement.

L'article 47 du Code de la sécurité sociale se lira dès lors comme suit:

„Art. 47.

(1) *(reste inchangé)*

(2) *(reste inchangé)*

(3) *(reste inchangé)*

(4) Tout litige opposant un prestataire à la Caisse nationale de santé portant soit sur l'application d'un tarif prévu par les dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles, soit dans des cas individuels, sur le non-respect des dispositions prévues à l'article 23, alinéa 1, fait l'objet d'une décision du directeur de l'Inspection générale de la sécurité sociale.

Un avis écrit du directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale ou de son délégué est obligatoirement joint à la décision de non-respect des dispositions de l'article 23. Pour l'établissement de son avis, le directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale ou son délégué peut prendre inspection et exiger la communication de tous dossiers et documents médicaux en rapport avec le litige porté devant le directeur de l'Inspection générale de la sécurité sociale.

La décision du directeur est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par le prestataire dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le Conseil arbitral de la sécurité sociale et à charge d'appel, quelle que soit la valeur du litige, par le Conseil supérieur de la sécurité sociale.

(5) La décision du directeur de l'Inspection générale de la sécurité sociale ou de son délégué constatant une violation de l'article 23, alinéa 1 se prononce, outre sur le fond et sur la restitution éventuelle de sommes indûment touchées, sur un avertissement du prestataire. En cas de récidive dans un délai de deux ans, le directeur de l'Inspection générale de la sécurité sociale ou son délégué peut prononcer dans sa décision une amende d'ordre dont le montant est égal à cent cinquante pour cent des prestations identifiées comme ayant été indûment accordées ou prescrites, sans pouvoir être inférieures à cinq cents euros.

(6) (*reste inchangé*)“

27° (*article 48 CSS*)

Sans observation.

28° (*article 51, alinéa 2 CSS*)

Cet article adapte les dispositions de l'article 51 à celles de l'article 47 et n'appelle pas d'observation de la part du Conseil d'Etat.

29° (*article 60 CSS*)

Ce point, qui reformule certaines dispositions de l'article 60, trouve l'accord du Conseil d'Etat.

30° (*article 60bis nouveau CSS*)

Ce point qui regroupe dans un nouvel article 60bis les dispositions de l'actuel article 21 détermine les obligations de communication de toute donnée pertinente pour l'état de santé de l'assuré. Il trouve l'approbation du Conseil d'Etat, tout comme l'amendement 7.

31° et 32° (*articles 60ter et 60quater nouveaux CSS*)

Le point 31 définit dans un nouvel article 60ter les missions d'une „Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé“ et détermine sa forme juridique, son organisation et son financement.

Le point 32 introduit un nouvel article 60quater qui a trait au dossier de soins partagé qui est hébergé sur la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données.

Le Conseil d'Etat se prononce en faveur d'une telle agence qui ne devrait pas se limiter à promouvoir l'interopérabilité et la sécurité dans la mise en place de systèmes d'information de santé, mais être chargée de leur déploiement. Ainsi, elle ne devrait pas seulement fournir un support à la convergence des systèmes d'information de santé, mais superviser activement cette convergence.

En ce qui concerne l'accès à ce dossier de soins partagés, il ressort bien de l'exposé des motifs qu'il „n'est pas un dossier patient unique (...). Sous réserve d'opposition du patient à son activation, il s'agit plutôt d'une documentation de base partagée, fonctionnant suivant des standards communs reconnus et qui est interopérable avec les dossiers existants au niveau des secteurs hospitalier et extrahospitalier. Le dossier de soins partagé ne se substitue pas à la documentation créée actuellement par les prestataires de soins qui continueront à gérer leur documentation dans leur dossier professionnel ou institutionnel.“ Ceci étant, le Conseil d'Etat ne voit pas la nécessité d'accorder l'accès au dossier de soins partagés à la direction d'un établissement hospitalier pour les données des patients traités en son sein, comme prévu dans l'article 60quater.

Le Conseil d'Etat regrette que l'avis de la Commission nationale pour la protection des données sur le respect des règles de protection des données à caractère personnel relatives à la santé, régies par l'article 7 de la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel, ne lui fut pas transmis au jour de l'adoption du présent avis. Il n'a pas été en mesure d'analyser à son tour toutes les implications que peut avoir, en cette matière sensible, le recours à un groupement d'intérêt économique. Il insiste dès lors lourdement à attendre l'avis de la Commission nationale avant l'adoption du projet et se réserve également de refuser la dispense du

second vote si cet avis devait mettre en exergue des incompatibilités sérieuses du projet sous avis avec les impératifs que la Commission nationale est chargée de surveiller.

Le cas échéant, et comme il n'y a pas de raison particulière de faire figurer les dispositions relatives à un dossier de soins partagés dans le Code de la sécurité sociale, le Conseil d'Etat recommande aux auteurs de les développer dans une loi à part.

33° (article 61, alinéa 2, point 3 CSS)

Sans observation.

Nouveau point 34 (amendement 10)

Sans observation.

Les points qui suivent ont gardé leur ancienne numérotation, à laquelle se réfèrent les amendements. Ils devraient être renumérotés dans un texte coordonné.

34° (article 64 CSS)

Le point 34 apporte à l'endroit de l'article 64 des modifications aux modalités du conventionnement obligatoire qui est une particularité du système de santé luxembourgeois.

L'article 11(5) de la Constitution dispose que la loi règle quant à ses principes la sécurité sociale et la protection de la santé. Le législateur assure l'accès aux soins de santé à chaque citoyen en prévoyant l'affiliation obligatoire à un régime de sécurité sociale en raison de l'exercice d'une occupation professionnelle rémunérée². Ainsi, toutes les personnes qui ont au Luxembourg une occupation professionnelle à titre de salarié ou d'indépendant sont assurées obligatoirement contre les risques liés à la maladie, et une retenue de cotisation pour l'assurance maladie est opérée. Sont également couvertes notamment les personnes bénéficiant d'un revenu de remplacement ou du revenu minimum garanti, et les membres de famille en tant qu'ils sont coassurés.

La protection de la santé des personnes affiliées obligatoirement au régime légal d'assurance maladie-maternité est réglée par un conventionnement des prestataires de soins qui est également obligatoire et général. Tous les prestataires de soins sont ainsi obligés de respecter les nomenclatures et tarifs tels qu'ils sont définis par les lois, règlements, conventions et statuts en vigueur. La Caisse nationale de santé en tant qu'organe gestionnaire de l'assurance maladie-maternité conclut des conventions avec différents groupements professionnels reconnus comme représentatifs afin de régler les rapports entre l'assurance maladie et les prestataires de soins exerçant légalement leur profession au Luxembourg. Ces conventions s'appliquent à l'ensemble des prestataires dans leurs relations avec les personnes couvertes par l'assurance maladie et sont applicables non seulement aux prestataires exerçant pour leur propre compte, mais également aux médecins et médecins-dentistes exerçant sous tout autre régime ainsi qu'aux autres prestataires exerçant dans le secteur extra-hospitalier sous le régime du contrat de travail ou d'entreprise.

Les conventions, ou à défaut les dispositions arrêtées par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, s'appliquent à tous les prestataires de soins admis à exercer leur profession au Luxembourg. Contrairement aux autres pays européens dotés d'un système de médecine libérale, aucun prestataire de soins ne peut exercer sa profession hors convention. Ce conventionnement est obligatoire et automatique, car le prestataire de soins n'a pas à manifester sa volonté d'être conventionné en adhérant à la convention. Par le simple fait qu'il soit autorisé à exercer sa profession au Luxembourg, il est automatiquement conventionné.

Ainsi, tous les prestataires de soins sont strictement conventionnés, ce qui signifie que les tarifs fixés par les conventions, ou à défaut les décisions ministérielles, s'imposent à tous les prestataires de soins. Ils ne peuvent être dépassés ni à l'égard des institutions d'assurance ni à l'égard des assurés.

Par le biais de ce système de protection sociale, l'Etat s'interpose donc dans la relation entre patient et prestataire de soins et détermine les modalités de cette relation. Dans le domaine de la protection de la santé, une telle ingérence n'est défendable que si elle reste justifiée, c'est-à-dire pour autant qu'elle assure le libre accès à des soins de qualité, et évite l'introduction d'une médecine à deux vitesses au Luxembourg en garantissant l'égalité de traitement indépendamment des ressources propres et de la situation sociale de l'assuré. Le système du conventionnement obligatoire, automatique et général

2 cf. Droit de la sécurité sociale, IGSS, 2010

impose des contraintes strictes au libre exercice des activités des médecins et médecins-dentistes, tout comme il les fait bénéficier implicitement de certains avantages. Ces contraintes sont assorties de sanctions pouvant aller jusqu'à une limitation de leur activité professionnelle, et ceci afin de contenir les dépenses de santé et de contribuer ainsi au maintien de l'équilibre financier du régime de sécurité sociale. Or, l'article 11(6) de la Constitution garantit l'exercice de la profession libérale, sauf les restrictions à établir par la loi. Au Luxembourg, la médecine notamment extra-hospitalière est traditionnellement pratiquée en mode libéral. Les restrictions établies par la loi et ayant pour but de régler la protection de la santé doivent rester proportionnées et ne pas aller au-delà de ce qui est nécessaire pour atteindre cet objectif. L'objectif de maintenir un service médical de qualité, équilibré et accessible à tous et celui de prévenir un risque d'atteinte grave à l'équilibre financier du système de sécurité sociale constituent, selon le Conseil d'Etat, des raisons impérieuses d'intérêt général qui justifient une restriction à la liberté d'exercice de la profession libérale.

Il y a lieu de constater que le conventionnement obligatoire luxembourgeois s'inscrit dans un environnement que le droit communautaire a significativement modifié au fil des années. Le principe de la libre prestation de services permet aux assurés de se faire rembourser des prestations offertes hors conventionnement pour lesquelles ils se sont déplacés à l'étranger, ou qui sont assurées au Luxembourg par des prestataires de soins qui n'y sont pas établis.

L'article 4 de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin vétérinaire a été modifié en date du 14 juillet 2010 afin de transposer la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, de sorte qu'il prévoit que le médecin ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne, qui est établi dans un autre Etat membre et y exerce légalement les activités de médecin généraliste ou de médecin spécialiste, peut exécuter au Luxembourg des prestations de services de façon temporaire et occasionnelle sans autorisation du ministre. Le prestataire est soumis aux règles de conduite de caractère professionnel, réglementaire ou administratif en rapport direct avec les qualifications professionnelles telles que la définition de la profession, l'usage des titres et les fautes professionnelles graves qui ont un lien direct et spécifique avec la protection et la sécurité des patients, ainsi qu'aux dispositions disciplinaires applicables aux médecins légalement établis au Luxembourg.

La directive prévoit que le caractère temporaire et occasionnel de la prestation est apprécié au cas par cas, notamment en fonction de la durée de la prestation, de sa fréquence, de sa périodicité et de sa continuité. Selon la jurisprudence, ce caractère temporaire et occasionnel n'exclut pas la possibilité pour le prestataire de services, au sens du Traité, de se doter, dans l'Etat membre d'accueil, de l'infrastructure, y compris un bureau, un cabinet ou une étude, nécessaire aux fins de l'accomplissement de sa prestation. Enfin, le prestataire est dispensé de l'inscription à un organisme de sécurité sociale de droit public pour régler avec un organisme assureur les comptes afférents aux activités exercées au profit des assurés sociaux.

Le Luxembourg, tant qu'il applique un système où les soins médicaux dispensés par n'importe quel médecin établi sur son territoire sont remboursés, doit couvrir les services médicaux fournis dans les conditions ci-avant par n'importe quel médecin établi dans l'Union européenne. Au vu des arrêts *Geraets-Smits et Peerbooms* (C-157/99) et *Müller-Fauré et Van Riet* (C-385/99), on peut estimer que le Luxembourg, même s'il appliquait sur son territoire un système de conventionnement sélectif en vertu duquel le recours aux services de prestataires nationaux non conventionnés est soumis à une autorisation préalable ou entraîne pour le patient un niveau de couverture moins avantageux, serait susceptible de restreindre la liberté de prestation des services s'il n'assimile pas les droits des assurés qui se sont adressés à un prestataire étranger aux droits de ceux qui se sont adressés à un prestataire national conventionné³.

S'il faut accorder aux patients qui se sont adressés à un prestataire étranger le même traitement qu'à ceux ayant reçu des soins médicaux dispensés par un prestataire national conventionné, ce dernier pourrait être considéré comme défavorisé par rapport au prestataire étranger dans la mesure où il est lié lors de dispense de ses prestations au respect des dispositions conventionnelles sans aucune exception. Il convient par conséquent d'analyser à l'avenir l'impact de l'évolution du droit communautaire sur un système de soins de santé national maintenant pour des raisons impérieuses de santé publique le conventionnement obligatoire et total des prestataires de soins établis sur le territoire.

³ cf. Yves Jorens et al.: Accès aux soins de santé dans un marché unique: impact sur les systèmes légaux et complémentaires, dans: Bulletin luxembourgeois des questions sociales, volume 18, 2005

Aux yeux du Conseil d'Etat, le système du conventionnement obligatoire serait par ailleurs plus solidement ancré si la loi prévoyait une disposition selon laquelle les conventions conclues pour régler les rapports entre la Caisse nationale de santé et les associations représentatives des prestataires étaient rendues d'obligation générale par le biais de règlements grand-ducaux.

La loi peut fixer les matières qui doivent obligatoirement être réglées par des conventions avec les prestataires, pour autant que, dans un système de conventionnement obligatoire, les dispositions y afférentes soient toutes nécessaires à la couverture des besoins sanitaires liés au maintien d'un accès de tous les assurés à des soins de qualité et à l'équilibre financier du système de sécurité sociale.

Sont prévues, dans le projet de loi sous avis tel que modifié par les amendements 11 à 14, comme matières réglées obligatoirement dans la convention:

- 1) les dispositions organisant la transmission et la circulation des données et informations entre les prestataires de soins, les assurés, le Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé ainsi que les caisses de maladie, notamment par des formules standardisées pour les honoraires et les prescriptions, par des relevés ou par tout autre moyen de communication (amendement 11);
- 2) les engagements relatifs au respect de la nomenclature des actes pour les prestataires concernés;
- 3) en cas de prise en charge directe par la Caisse nationale de santé, les conditions et les modalités de la mise en compte des intérêts légaux en cas de paiement tardif;
- 4) la périodicité exprimée en années de la révision des tarifs non établis moyennant une lettre-clé;
- 5) 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.

Le premier point est légèrement modifié par rapport à l'article 60 actuel, les autres points ne subissent pas de changement.

Les matières suivantes sont retenues pour les conventions avec les médecins et les médecins-dentistes:

- 1) les engagements relatifs au respect, dans le cadre des dispositions légales et réglementaires, de la liberté d'installation du médecin, du libre choix du médecin par le malade, de la liberté de prescription du médecin, du secret professionnel;
- 2) les dispositions garantissant une médication économique compatible avec l'efficacité du traitement, conforme aux données acquises par la science et conforme à la déontologie médicale (ancien texte repris par l'amendement 12);
- 3) les modalités du dépassement des tarifs visés à l'article 66, alinéa 3;
- 4) les bonnes pratiques médicales opposables aux médecins et médecins-dentistes élaborées à partir de critères scientifiquement reconnus et permettant d'identifier les soins et prescriptions dépassant l'utile et le nécessaire;
- 5) les sanctions financières en cas de non-observation des bonnes pratiques médicales opposables consistant dans la restitution, éventuellement forfaitaire, de tout ou partie des honoraires afférents ou du paiement d'une partie des soins ou prescriptions à la Caisse nationale de santé;
- 6) les modalités de l'établissement des rapports d'activité des prestataires de soins prévus à l'article 418 (ancien texte repris par l'amendement 13);
- 7) le seuil minimal de prescription de médicaments pour lesquels une base de remboursement a été fixée conformément à l'article 22*bis*;
- 8) les domaines d'application de la rémunération salariée;
- 9) les qualifications, les droits et les obligations du médecin référent, les modalités d'application de la procédure de désignation, de changement et de retrait du médecin référent ainsi que le remplacement du médecin référent en cas d'absence (amendement 14).

Les points 4 et 5 sont modifiés par rapport à l'article 60 actuel, les points 7 à 9 rajoutés.

Aux points 4 et 5, le terme „références médicales opposables“ est remplacé par celui de „bonnes pratiques médicales“. Alors que le point 2 a trait à la dimension économique des médications, les points 4 et 5 ont trait aux prestations „inadéquates“.

Dans ce contexte, le Conseil d'Etat entend examiner la portée des bonnes pratiques médicales.

Les bonnes pratiques médicales sont censées identifier les soins et prescriptions dépassant l'utile et le nécessaire. Seraient-elles donc plutôt assimilables aux références médicales opposables (RMO) ou

aux recommandations de pratique clinique (RPC) françaises? En France, les RPC sont devenues l'élément premier et central de la maîtrise médicalisée avec un rôle exclusivement pédagogique.

Les RMO sont des critères scientifiques reconnus qui définissent les soins et les prescriptions médicalement inutiles redondants voire dangereux. Elles ont acquis force légale, leur diffusion se fait par voie réglementaire et elles sont opposables: le praticien qui ne les respecte pas au-delà du nombre de fois reconnu comme acceptable, défini par un seuil, devra s'expliquer devant ses pairs et une retenue financière pourra lui être notifiée.

Les RPC par contre sont définies comme „des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données“. L'objectif est d'informer les professionnels de santé et les patients et usagers du système de santé sur l'état de l'art et les données acquises de la science afin d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins. Les RPC ne sont pas opposables.

Le Conseil d'Etat constate que les caractéristiques et la portée des bonnes pratiques médicales dans le projet de loi sous avis restent floues. L'expression de „bonnes pratiques médicales“ n'est pas définie dans le dispositif.

Dans l'exposé des motifs, les auteurs avouent que „la difficulté principale consiste néanmoins dans la question du statut à attribuer aux bonnes pratiques médicales, à savoir si ces références sont des recommandations ou des directives à respecter par les prescripteurs respectivement les prestataires. (...) Le projet de loi prévoit prioritairement de mettre l'accent sur l'élaboration de ces références médicales et sur leur reconnaissance, et de se contenter pour le moment du caractère de recommandation. Il doit néanmoins être clair que les bonnes pratiques médicales doivent être la base pour la détermination de la rémunération des actes de la nomenclature correspondante. En outre, l'alternative de rendre ces bonnes pratiques médicales contraignantes et opposables doit rester ouverte pour le futur“.

S'il s'agit de recommandations, elles sont non opposables et elles sont à rapprocher des RPC françaises. Le principe de bonnes pratiques médicales contraignantes et opposables équivaldrait aux RMO. Les RPC ne peuvent pas devenir des RMO; il s'agit d'instruments complémentaires mais pas identiques qui doivent être entourés de modalités différentes.

Selon le nouvel article 65bis, il est instauré auprès de la Cellule d'expertise médicale un Conseil scientifique qui a pour mission d'élaborer des standards de bonnes pratiques médicales et de contribuer à leur mise en œuvre. La Cellule d'expertise médicale a elle-même comme mission de contribuer à l'élaboration de ces standards de bonnes pratiques médicales. Un règlement grand-ducal détermine la composition et le fonctionnement du conseil scientifique. Les rôles et obligations respectifs de ces deux organismes restent donc flous. Le Conseil d'Etat y reviendra par la suite, à l'endroit de l'examen du point 36 de l'article 1er du présent projet de loi.

Des recommandations de bonnes pratiques médicales qui deviendraient obligatoires acquerraient une valeur normative. Se pose cependant la question dans quelle mesure une recommandation scientifique peut être élevée en norme scientifique pour la transformer ensuite en norme juridique contraignante, d'autant plus que le caractère opposable est le résultat d'une négociation entre la Caisse nationale de santé et l'association la plus représentative des médecins. Il y a lieu de s'interroger comment les recommandations scientifiques sont établies. Quel est le degré d'évidence retenu? S'agit-il d'opinions d'experts dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, d'études descriptives ou de rapports de comités d'experts, pris par consensus ou par majorité simple? Ou s'agit-il de résultats d'essais randomisés à grande ou plus petite échelle, avec un taux d'erreur plus ou moins faible, applicables à certaines ou plusieurs tranches de la population? Qu'en est-il de la „littérature grise“ (données non publiées) dans certains domaines? Faudra-t-il établir une hiérarchie entre les recommandations médicales en fonction de leur portée contraignante?

Le renvoi aux données acquises de la science en matière de responsabilité médicale se base sur la notion que le médecin doit à ses patients des soins attentifs, consciencieux et, sous réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science. Le contenu des règles de l'art médical concourant à l'élaboration de ces données n'est pas clairement défini, tout comme la place des standards de bonnes pratiques médicales dans cet édifice⁴.

4 cf. Olivier Smallfood: La normalisation des règles de l'art médical: une nouvelle source de responsabilité pour les professionnels de santé? dans *Médecine & Droit* (2006): 121-126.

Pour autant que la mise en place de recommandations de bonnes pratiques réponde aux questions soulevées par le Conseil d'Etat, ces recommandations devront influencer la pratique médicale: le médecin devra être dans l'obligation de les connaître, et l'acquisition de ces connaissances contrôlée dans le cadre de la formation médicale continue. Le médecin doit pouvoir s'en écarter, motivé par des circonstances particulières, et être en mesure de justifier et légitimer leur inapplication.

Par conséquent, le point 4 est à modifier et le point 5 à supprimer.

En suivant les auteurs dans leur volonté de donner aux bonnes pratiques médicales le caractère d'une recommandation, le Conseil d'Etat propose de donner au point 4 le libellé suivant:

„4) les modalités de diffusion des standards de bonne pratique médicale tels que définis à l'article 65bis“.

Si les auteurs maintenaient le caractère opposable des bonnes pratiques médicales, il y aurait lieu à spécifier avec la plus grande précision comment ces bonnes pratiques médicales sont édictées. Les standards de bonnes pratiques médicales devront, s'ils ont un caractère normatif, faire l'objet d'un règlement grand-ducal pris sur base de recommandations circonstanciées de la cellule d'expertise médicale.

Le point 7 introduit un seuil minimal de prescription de médicaments pour lesquels une base de remboursement a été fixée.

Selon le commentaire des articles, la notion de „seuil de prescription“ fixe „pour chaque spécialité médicale un pourcentage minimum de médicaments à prescrire parmi ceux qui disposent d'une base de remboursement. Cette disposition s'inspire de la législation belge. Comme le nombre de médicaments dont le brevet est venu à son terme varie fortement d'une spécialité médicale à l'autre, le seuil de prescription est fixé différemment pour chaque spécialité médicale. La fixation des seuils pour chaque spécialité est opérée dans le cadre de la convention conclue entre la Caisse nationale de santé et le corps médical.“

Le Conseil d'Etat ne peut pas adhérer au concept d'un seuil de prescription dont la violation serait recherchée par la Commission de surveillance. Cette démarche est disproportionnée au but recherché et risque fortement d'influencer négativement la qualité de la prise en charge des patients en limitant explicitement le volume de médicaments sans base de remboursement qu'un médecin est autorisé à prescrire, indépendamment du profil des pathologies de ses patients.

Le Conseil d'Etat insiste donc sur la suppression du point 7.

Eu égard aux observations faites par le Conseil d'Etat à l'endroit du point 8 de l'article 1er du projet de loi, la formulation telle que proposée à l'endroit du point 9 de l'article 64 du Code de la sécurité sociale est à supprimer sous peine d'opposition formelle et à remplacer par le texte suivant:

„9) les rapports avec le médecin référent“.

Les alinéas 3 à 5 trouvent l'accord du Conseil d'Etat.

35° (article 65 CSS)

Ce point modifie l'article 65 qui détermine les nomenclatures et les modalités de leur établissement.

La première phrase de ce point doit se lire:

„L'article 65 prend la teneur suivante:“.

Le Conseil d'Etat constate que les modalités d'établissement de la nomenclature actuelle des médecins n'ont pas su empêcher une distorsion importante entre les différentes spécialités et qu'une réforme de ces modalités s'impose. Il approuve le fait que la durée, la compétence technique et l'effort intellectuel requis pour dispenser un acte professionnel sont pris en compte.

Il propose de donner à la dernière phrase de l'alinéa 2 le libellé suivant:

„Le coefficient est un nombre exprimant la valeur relative de chaque acte professionnel inscrit dans chacune des nomenclatures visées au présent alinéa tenant compte obligatoirement de la durée, de la compétence technique et de l'effort intellectuel requis pour dispenser cet acte professionnel.“

L'alinéa 3 qui prévoit de détailler dans la nomenclature des médecins les spécialités requises tout comme les normes de compétences spécifiques et les expériences professionnelles et qui évite par conséquent que tout médecin puisse effectuer tout acte trouve l'accord du Conseil d'Etat. Comme les

prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, point 1 sont les médecins, il y a lieu de les nommer directement dans la première phrase de cet alinéa.

L'alinéa 4 qui concerne la location d'appareils et qui remplace le coefficient spécifique par un forfait est à revoir suite à l'amendement 16.

L'alinéa 5 reprend dans la première phrase celle de l'ancien alinéa 4 qui prévoit que „les nomenclatures peuvent prévoir une cotation forfaitaire pour un ensemble d'actes ou de services professionnels dispensés pour une période de traitement ou un traitement déterminé“, et donne à la commission de nomenclature la possibilité d'introduire la rémunération par capitation, qui pourrait être utilement employée pour indemniser certaines spécialités médicales prenant en charge des patients avec une pathologie chronique déterminée.

L'alinéa 8 précise la nouvelle composition de la commission de nomenclature.

Les auteurs y ont rajouté un membre désigné par le Collège médical qui dans le texte de loi actuel est amené à donner son avis sur le règlement grand-ducal déterminant les nomenclatures. Le Conseil d'Etat marque son accord avec cette modification.

Le Conseil d'Etat approuve également le changement de la composition de la commission de nomenclature qui comportera désormais un membre désigné par le groupement représentatif des hôpitaux. Cette modification se justifie, puisque ce groupement représente des hôpitaux occupant des médecins salariés ou d'autres employés dont les honoraires sont déterminés par une nomenclature visée par l'article sous revue.

L'alinéa 10 tel qu'il est modifié par l'amendement 15 trouve l'accord du Conseil d'Etat.

36° (article 65bis nouveau CSS)

Le Conseil d'Etat se réfère à ses observations faites à l'endroit du point 34 et concernant les modalités d'élaboration des bonnes pratiques médicales. Il invite les auteurs à revoir le point 3 du paragraphe 1er et le paragraphe 2. L'expression de „bonnes pratiques médicales“ est à définir avec précision. Les rapports entre la Cellule d'expertise médicale et le Conseil scientifique doivent être spécifiés, tout comme leurs rôles respectifs dans l'élaboration des bonnes pratiques médicales. Le Conseil d'Etat refuse d'approuver l'article 65bis dans sa rédaction actuelle.

37° (article 66 CSS)

Ce point modifie l'article 66 qui a trait aux valeurs des lettres-clés des nomenclatures des prestataires de soins visés à l'article 61. L'amendement 16 qui renonce à la désindexation des tarifs pour location d'appareils fait poser la question de l'opportunité de maintenir pour ces actes un forfait au lieu d'un coefficient.

Le Conseil d'Etat approuve l'approche des auteurs qui ne veulent plus limiter les modalités du dépassement, à charge des assurés, des tarifs fixés par les nomenclatures pour convenances personnelles de la personne protégée admise à l'hospitalisation en première classe.

Il approuve également la modification apportée à ce point par l'amendement.

38° (article 67 CSS)

Sans observation.

39° et 40° (articles 69 et 70 CSS)

Ces points apportent des modifications à la procédure de médiation et distinguent les situations avec absence d'accord sur l'adaptation de la lettre-clé conformément à l'article 67 de celles avec absence d'accord sur l'élaboration ou l'adaptation d'une convention ou sur les dispositions obligatoires de la convention visées à l'article 64 et à l'article 66, alinéa 3.

Dans leur commentaire des articles, les auteurs précisent qu'en matière de litiges au niveau conventionnel, le Conseil supérieur de la sécurité sociale ne peut pas rendre une sentence arbitrale qui n'est susceptible d'aucune voie de recours, étant donné qu'il serait alors appelé à fixer une disposition conventionnelle et à statuer en matière de litige conventionnel. Le Conseil d'Etat partage cette analyse.

Or, l'amendement 17 prévoit précisément que l'échec de la médiation dans les deux cas de figure fait intervenir le Conseil supérieur de la sécurité sociale qui rend une sentence arbitrale qui n'est sus-

ceptible d'aucune voie de recours. Le Conseil d'Etat doit s'opposer formellement à cette façon de procéder, alors que le Conseil supérieur de la sécurité sociale serait appelé à fixer une disposition conventionnelle et à statuer en matière de litige conventionnel.

Le Conseil d'Etat estime qu'en cas d'échec de la médiation, les dispositions obligatoires de la convention devront être établies par voie de règlement grand-ducal. Il propose donc de maintenir la teneur initiale du point 40 et de donner à l'alinéa 2 du paragraphe 2 le libellé suivant:

„Les dispositions obligatoires de la convention sont alors fixées par voie de règlement grand-ducal.“

41° (article 71 CSS)

Ce point abroge les dispositions de l'article 71 qui deviennent l'alinéa 3 de l'article 70 nouveau.

42° (article 72 CSS)

La commission de surveillance prévue à l'article 72 verra son pouvoir d'investigation et de contrôle des prestataires élargi. Elle ne sera saisie que par la Caisse nationale de santé. Or, dans un litige opposant les prestataires à la Caisse nationale de santé, ces prestataires auront également intérêt à saisir la commission de surveillance. Il y a dès lors lieu de changer cette disposition en permettant également aux prestataires de saisir la commission de surveillance. Le Conseil d'Etat insiste à voir introduire cette possibilité.

Selon la lecture que le Conseil d'Etat fait de l'alinéa 2 de l'article 73 du Code de la sécurité sociale, cette disposition vise les conflits collectifs opposant les prestataires à la Caisse nationale de santé, les litiges individuels étant régis par l'article 47, paragraphe 4. Ce n'est d'ailleurs que cette lecture qui exclut une contradiction entre ces deux dispositions légales, dans la mesure où, selon l'article 47, paragraphe 4 du projet, la décision revient au président de la Caisse nationale de santé (directeur de l'Inspection générale de la sécurité sociale, selon le Conseil d'Etat), et directement au Conseil arbitral de la sécurité sociale selon l'article 73, alinéa 4 du projet.

Les auteurs estiment qu'„il n'est pas opportun d'attribuer à une même commission, à composition identique, deux terrains d'intervention si différents“.

Comme soulevé par le Conseil d'Etat à l'endroit du point 26, l'article 72 actuel permet aux prestataires de saisir la commission de surveillance s'ils veulent s'opposer à une décision du président de la Caisse nationale de santé en rapport avec un litige sur la prise en charge directe des prestations prise conformément à l'article 47(4). Cette disposition est abrogée par le projet de loi sous avis.

La commission de surveillance n'interviendra donc plus en amont d'un recours porté devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale pour des litiges qualifiés du domaine administratif interne et traités à l'article 47.

Le Conseil d'Etat aurait préféré disposer d'informations plus pertinentes quant aux motivations des auteurs les amenant à modifier les attributions de la commission de surveillance. Dans quelle mesure les effectifs de cette commission devront-ils être adaptés pour pouvoir faire face aux nouveaux défis? Quelles sont les économies attendues en dépenses de soins de santé justifiant la mise en place de cet instrument dissuasif allant au-delà du domaine disciplinaire?

En ce qui concerne l'énumération du champ d'action de la commission de surveillance, il y a lieu de faire abstraction du point 6 de l'alinéa 2, eu égard aux observations du Conseil d'Etat faites à l'endroit du point 34.

43° (article 72bis CSS)

Sans observation.

44° (article 73 CSS)

En ce qui concerne le droit d'inspection du directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale ou de son délégué aux lieux où exerce le prestataire convoqué, ainsi qu'aux hôpitaux et établissements où celui-ci a effectué des soins, le Conseil d'Etat renvoie à ses observations faites à l'endroit du point 26 et exige, sous peine d'opposition formelle, la suppression de cette disposition.

En outre, la disposition sous rubrique prévoit que la commission de surveillance peut, dans l'hypothèse d'une infraction aux dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles, soit

renvoyer l'affaire devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale, soit recourir à une médiation pouvant déboucher sur une transaction si elle estime que le recours à ce deuxième procédé est susceptible de mettre fin au litige et d'assurer la réparation du préjudice économique subi par la Caisse nationale de santé.

Le Conseil d'Etat peut se déclarer d'accord avec cette disposition dans la mesure et à condition que la transaction ne puisse inclure une amende transactionnelle, mais porte exclusivement sur la réparation du préjudice économique.

45° (article 73bis nouveau CSS)

Ce point insère un nouvel article 73bis qui a trait au Conseil arbitral de la sécurité sociale.

Le catalogue des sanctions, cumulables, et le montant des amendes laissent douter que la portée de cette juridiction se limite au domaine disciplinaire.

A noter que le terme de „décision“ employé dans cet article est à remplacer par celui de „jugement“.

Le Conseil d'Etat demande la suppression de la disposition prévoyant la possibilité donnée au Conseil arbitral de la sécurité sociale de publier son jugement alors que l'appel y afférent a un effet suspensif.

Aussi, le Conseil d'Etat s'oppose-t-il formellement au libellé actuel de l'article 73bis du Code de la sécurité sociale, qui prévoit le cumul de sanctions administratives et pénales pour les mêmes faits. En effet, l'article 4 du Protocole No 7 à la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, consacrant le principe *non bis in idem*, interdit la poursuite ou la condamnation d'une personne pour une seconde infraction lorsque celle-ci a pour origine des faits identiques ou des faits qui sont en substance les mêmes.

Une amende administrative ne peut donc être prévue par la loi que si les manquements à celle-ci ne font pas l'objet d'une sanction pénale. Le cumul de sanctions pénales et de sanctions administratives encourues pour les mêmes faits est partant à écarter.

Par ailleurs, la condamnation solidaire en matière pénale n'est pas possible en vertu du principe de la personnalité des peines, et le Conseil d'Etat se verrait dans l'obligation de refuser aussi la dispense du second vote constitutionnel en cas de maintien de l'alinéa 3 de l'article sous revue.

46° (article 74 CSS)

Ce point introduit à l'endroit de l'article 76 le principe d'une enveloppe budgétaire globale pour le secteur hospitalier et prévoit que le Gouvernement fixe dans les années paires, au 1er octobre au plus tard, une enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier pour les deux exercices à venir. La première enveloppe budgétaire globale sera donc fixée avant le 1er octobre 2012 pour les exercices 2013 et 2014. En tenant compte de l'enveloppe budgétaire globale, la Caisse nationale de santé prend en charge les prestations du secteur hospitalier d'après des budgets arrêtés séparément pour chaque hôpital sur base de son activité prévisible pour deux exercices à venir. Ainsi, le cadrage financier imposé au secteur hospitalier dans sa globalité engendrera selon les auteurs l'obligation d'une recherche d'efficience et de synergies. Or, selon le nouvel article 77, chaque établissement hospitalier soumet son budget pour les deux exercices à venir au plus tard le 1er juillet à la Caisse nationale de santé. Le Conseil d'Etat s'interroge comment les hôpitaux pourront dans l'établissement de leur budget tenir compte d'une enveloppe budgétaire globale qui sera seulement fixée *a posteriori*.

Les auteurs partent encore de l'hypothèse que les restrictions budgétaires imposées aux hôpitaux entraîneront une augmentation de l'efficience et de synergies. Le Conseil d'Etat craint que la rationalisation ainsi décrétée ne se fasse aux dépens d'innovations indispensables pour maintenir le progrès médical. En effet, il ne reconnaît dans les dispositions sous avis aucune mesure qui stimulerait le financement d'activités innovatrices ou de nouveaux traitements par un budget spécifique.

Par ailleurs, il y a lieu de tenir compte lors de l'établissement des enveloppes budgétaires globales et individuelles des dépenses spécifiques en rapport avec les services nationaux, les centres de compétences et les obligations en rapport avec la participation au service médical d'urgence. C'est pourquoi le libellé suivant est à donner à l'alinéa 2 de l'article 76:

„Les éléments de l'enveloppe sont établis sur base de l'évolution démographique de la population résidente, de la morbidité, des pratiques d'une médecine basée sur des preuves scientifiques

et en tenant compte de la croissance économique du pays. L'enveloppe budgétaire globale et les budgets spécifiques des hôpitaux tiendront compte des dispositions du plan hospitalier, des spécificités des services spécialisés et nationaux et des centres de compétences, ainsi que des obligations découlant de la participation au service médical d'urgence.

Un règlement grand-ducal précise les règles d'établissement de l'enveloppe budgétaire globale et des budgets spécifiques des hôpitaux, ainsi que les éléments à inclure de façon forfaitaire."

Le Conseil d'Etat ne reconnaît dans les dispositions sous avis aucune stratégie encourageant par le biais d'incitants financiers la recherche d'économies dans les hôpitaux. Le projet de loi cantonne les hôpitaux à un rôle passif qui se limite à gérer les fonds qui sont mis à leur disposition par la Caisse nationale de santé à partir de l'enveloppe budgétaire globale fixée par le Gouvernement.

Le Conseil d'Etat note que les auteurs comptent sortir de l'enveloppe budgétaire d'un hôpital les actes et prestations dispensés par son laboratoire en milieu extra-hospitalier et figurant dans la nomenclature des actes et des services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique, qui seront pris en charge suivant les modalités régissant le milieu extra-hospitalier. Pour le Conseil d'Etat, il est essentiel de définir quels sont les actes et prestations qui tomberont sous cette catégorie. Ainsi, les actes et prestations liés directement à une prise en charge médicale dans l'hôpital ne sont pas à considérer comme actes extra-hospitaliers.

Le Conseil d'Etat propose donc de compléter l'alinéa 7 de l'article 76 *in fine* par la phrase suivante:

„Un acte ou une prestation sont considérés comme effectués en milieu extra-hospitalier s'ils sont dispensés au bénéfice d'un patient ambulatoire sans qu'un lien direct existe avec une prise en charge médicale concomitante en policlinique ou sur un plateau médico-technique de l'établissement hospitalier en question.“

L'amendement 18 ne donne pas lieu à observation de la part du Conseil d'Etat.

47° (article 77 CSS)

Ce point adapte le calendrier à respecter par l'Inspection générale de la sécurité sociale, les établissements hospitaliers et la Caisse nationale de santé en rapport avec l'établissement des budgets hospitaliers. Comme l'a fait remarquer le Conseil d'Etat à l'endroit du point 46, l'établissement du projet de budget par les établissements hospitaliers se fera sans connaître le périmètre fixé par l'enveloppe budgétaire globale.

48° (article 78 CSS)

Ce point qui différencie à l'endroit de l'article 78 les mécanismes de prise en charge des frais variables par voie directe ou par forfait trouve l'accord du Conseil d'Etat.

49° (article 79, alinéa 3 CSS)

Cette modification de l'article 79 qui impose des limites plus strictes de clôture de décomptes ne peut que trouver l'accord du Conseil d'Etat.

50° (article 84, alinéa 4 CSS)

Sans observation.

51° (article 146, alinéa 2 CSS)

Ce point modifie l'alinéa 2 de l'article 146.

52° à 55° (articles 150; 172, alinéa 1, point 7; 240, alinéa 1, points 1 et 2; 249 CSS)

Sans observation.

56° (article 306, paragraphe 6 CSS)

Etant donné que l'indemnité de congé parental est à suspendre dans tous les cas de paiement d'une indemnité pécuniaire de maternité, l'article 306, paragraphe 6 est à modifier en renvoyant à l'article 25 du Code de la sécurité sociale.

Ce point trouve l'accord du Conseil d'Etat.

57° (*article 349, alinéa 2 CSS*)

Ce point procède à la correction d'une erreur matérielle et n'appelle pas d'observation du Conseil d'Etat.

58° (*article 349, alinéa 4 CSS*)

La reformulation de l'article 349, alinéa 4 trouve l'accord du Conseil d'Etat.

59° (*article 350, paragraphe 6 CSS*)

Avec cette modification de l'article 350, paragraphe 6, les bénéficiaires de soins palliatifs auront droit à toutes les prestations de l'assurance-dépendance à l'exception des prestations en espèces, dues soit au titre d'une dépendance antérieure, soit au titre du congé soins palliatifs, et des adaptations du logement. Le Conseil d'Etat approuve cette disposition qui comble une lacune substantielle dans la prise en charge des personnes en fin de vie bénéficiant de soins palliatifs.

L'amendement 19 ne donne pas lieu à observation de la part du Conseil d'Etat.

60° (*article 377, alinéa 1 CSS*)

Sans observation.

61° à 63° (*articles 393, 393bis, 393ter nouveau CSS*)

Le Conseil d'Etat renvoie à ses observations faites à l'endroit des articles 72, 73 et 73bis nouveaux.

64° (*article 418 CSS*)

Ce point adapte et précise à l'endroit de l'article 418 les missions et attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale afin de tenir compte des modifications de la réforme sous avis.

Eu égard aux observations faites par le Conseil d'Etat à l'endroit du point 34 et à l'amendement 20, le point 9 devra prendre la teneur suivante:

„9) la constatation au moyen des rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes établis par la Caisse nationale de santé par voie informatique selon les modalités arrêtées en vertu de l'article 64, alinéa 2, point 6) avec la collaboration du Centre commun de la sécurité sociale, sur base de la banque de données afférente de l'Association d'assurance contre les accidents, de la Caisse nationale de santé et des caisses de maladie, de toute déviation injustifiée de l'activité professionnelle du prestataire;“.

65° (*article 421, alinéa 1 CSS*)

Comme le Contrôle médical de la sécurité sociale assiste la Caisse nationale de santé dans ses relations, d'une part, avec l'assuré et, d'autre part, avec le prestataire, et qu'il n'y a aucune modification apportée par le projet de loi qui justifierait qu'un médecin du Contrôle médical s'immisce dans les rapports entre médecin et malade ou pose des diagnostics ou des propositions de traitement devant le malade, le point 65 est à supprimer. Le Conseil d'Etat insiste à ce que l'article 421 du Code de la sécurité sociale soit maintenu dans sa forme actuelle.

66° à 68° (*articles 454, paragraphe 3, alinéa 6; 454, paragraphe 4; 454, paragraphe 7, alinéa 2 CSS*)

Sans observation.

Article 2

Cet article comporte 18 points modifiant la loi modifiée du 28 août 1998 (ci-après „la loi de 1998“) sur les établissements hospitaliers.

1° (*article 1er de la loi de 1998*)

A l'endroit de l'article 1er, les foyers de réadaptation sont supprimés de la liste des établissements considérés comme établissements hospitaliers et remplacés par les établissements d'accueil pour personnes en fin de vie.

Sous c), il faut lire:

„c) La définition de l’alinéa 5, sous c), prend la teneur suivante:

„c) „établissement d’accueil pour personnes en fin de vie“, tout établissement qui répond principalement aux besoins des personnes en fin de vie qui y sont accueillies, à l’exclusion de soins à visée principalement curative;“

Selon le Conseil d’Etat, l’alinéa 4 est à supprimer, étant donné que la phrase „En outre ils peuvent accomplir une mission d’enseignement et de recherche en matière de santé.“ ne revêt aucune valeur normative.

2° (article 2 de la loi de 1998)

Ce point reformule l’article 2 qui a trait au plan hospitalier national.

L’importance de la prise en compte des contraintes d’une utilisation efficiente des ressources du système hospitalier est soulignée par les auteurs dans le texte et confirmée par le Conseil d’Etat. Confronté à un projet de loi qui met en exergue l’impératif d’une diminution des dépenses afin de maintenir l’équilibre financier du système de sécurité sociale, le Conseil d’Etat fait remarquer que la classification actuelle des hôpitaux aboutissant à une pyramide renversée ne souscrit pas à cet objectif. Au lieu de se contenter d’une juxtaposition de structures assimilables, il convient de mieux catégoriser les hôpitaux en fonction de la nature des tâches à accomplir, définies dans une perspective de complémentarité, tout en mettant en place des structures de gestion communes. Le Conseil d’Etat s’étonne que la complémentarité dans la prise en charge que les auteurs veulent promouvoir chez les médecins et les laboratoires ne se retrouve dans l’organisation du paysage hospitalier. Il estime également que la mise en place de petits établissements spécialisés dans le secteur aigu ne répond pas à l’impératif d’une utilisation efficiente des ressources du système hospitalier et qu’il y a lieu de rattacher directement ces établissements spécialisés à de grands complexes hospitaliers dans le but d’éviter le financement de structures administratives autonomes superflues, sans pour autant toucher à leur organisation médicale. La répartition des ressources sur un territoire de la taille du Grand-Duché en fonction de régions sanitaires délibérément délimitées est également désuète. Ainsi, la dotation des moyens aux hôpitaux est à définir en fonction des tâches qui leur sont confiées au niveau national, et non par rapport à leur localisation géographique.

Le Conseil d’Etat doit s’opposer formellement à la disposition qui prévoit que le plan hospitalier „procède à la planification des services hospitaliers“, qui ne circonscrit pas l’intervention du pouvoir réglementaire dans la planification et reste donc trop floue pour répondre aux exigences de l’article 32(3) de la Constitution. L’alinéa qui indique que „le plan hospitalier tient en outre compte des qualifications médicales et professionnelles, des équipements médico-techniques représentés ou pouvant être représentés, de l’activité médicale existante ou potentielle, des impératifs d’activité minimale, des filières de soins intégrées, ainsi que des modes de prise en charge préférentiels pour certaines maladies ou groupes de maladies“, sans préciser à quelle fin il en tient compte, devra être reformulé ou supprimé.

Le Conseil d’Etat estime que les centres de compétences que les auteurs introduisent à l’endroit de l’article 26*bis* devront être déterminés dans le plan hospitalier.

Les modes de prise en charge préférentiels pour certaines maladies ou groupes de maladies par contre devront être considérés selon le Conseil d’Etat au niveau des nomenclatures et non dans le plan hospitalier.

Le Conseil d’Etat est d’accord avec les auteurs pour fixer le nombre minimal et maximal de médecins pouvant exercer au sein d’un service donné. Cette fourchette devra à la fois tenir compte de la nécessité de garantir une continuité de soins et de l’intérêt d’assurer une certaine activité médicale minimale moyenne par médecin dans le service donné, condition nécessaire pour des soins de qualité. Il appartiendra aux hôpitaux de garantir par voie contractuelle une présence effective efficace de ces médecins dans leurs services respectifs. Une telle planification médicale hospitalière est indispensable pour garantir un service médical et hospitalier équilibré et accessible à tous, et justifie aux yeux du Conseil d’Etat une éventuelle restriction indirecte à la liberté d’établissement de médecins à qui l’accès aux structures hospitalières serait ainsi refusé. Pour que cette mesure n’aille pas au-delà de ce qui est nécessaire pour atteindre cet objectif, il y a lieu de définir les actes techniques qui doivent être effectués exclusivement en milieu hospitalier.

Le Conseil d'Etat propose le libellé suivant pour les alinéas 3 et 4:

„En fonction des besoins sanitaires nationaux, le plan hospitalier:

- arrête les modalités détaillées selon lesquelles sont classés les différents établissements hospitaliers et procède au classement des établissements existants;
- définit les différents services hospitaliers pouvant être autorisés, ainsi que pour chacun de ces services le nombre maximal autorisable au niveau national;
- définit les différents centres de compétences pouvant être autorisés, ainsi que pour chaque centre de compétences le nombre maximal autorisable au niveau national;
- détermine les actes techniques qui doivent être effectués exclusivement en milieu hospitalier.

Les services à caractère unique prendront la dénomination de services nationaux. Les centres de compétences à caractère unique prendront la dénomination de centres de compétences nationaux.

Pour chaque service hospitalier, le plan hospitalier peut fixer les nombres minimal et maximal de médecins autorisés à y exercer. Ces nombres seront fixés en fonction des impératifs de continuité des soins et d'activité moyenne minimale par médecin requise.“

3° (article 3 de la loi de 1998)

Ce point modifie l'article 3 qui concerne la carte sanitaire.

Le Conseil d'Etat rappelle qu'il s'agit d'un outil instauré par la loi pour servir à déterminer les besoins sanitaires. La loi prévoit que tous les établissements hospitaliers doivent fournir les renseignements nécessaires à l'élaboration de la mise à jour annuelle de cette carte sanitaire, dont la dernière édition remonte cependant à 2005. Comme les auteurs n'ont pas supprimé cette disposition, le Conseil d'Etat estime qu'ils gardent l'espoir que cette mise à jour annuelle sera respectée.

4° et 5° (articles 4, alinéa 2, et 5, alinéa 1 de la loi de 1998)

En ce qui concerne les conditions particulières que le ministre peut imposer pour autoriser la mise en service, la création ou l'extension d'un établissement hospitalier ou d'un service, les dispositions prévues par les points 4 et 5 n'apportent, suivant leur libellé actuel, aucune valeur normative supplémentaire et sont donc à supprimer.

Si les auteurs du présent projet de loi attribuent néanmoins une importance particulière à la disposition sous revue, le Conseil d'Etat exige que ces dispositions soient reformulées. Ceci s'impose d'autant plus que le point 6 ci-dessous envisage la fermeture d'établissements hospitaliers ou de services sur base de ces critères. Un tel retrait n'est possible que si les critères de fermetures sont définis à l'avance.

6° (article 7, paragraphe 1er de la loi de 1998)

Les auteurs entendent élargir les cas dans lesquels le ministre ayant dans ses attributions la Santé pourra mettre en demeure l'organisme gestionnaire de l'établissement concerné. Eu égard aux observations faites par le Conseil d'Etat à l'endroit des points 4 et 5, la référence aux conditions particulières mentionnées aux articles 2, 4 et 5 sont à adapter conformément aux observations y formulées. En effet, la décision de fermeture d'un établissement hospitalier devra se fonder sur des manquements précis et non sur le non-respect de conditions qui n'ont pas été clairement définies.

7° (article 10, alinéa 2, point 2 de la loi de 1998)

Ce point modifie l'article 10 de la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

Il revêt une importance primordiale puisqu'il détermine les normes auxquelles doivent répondre les établissements hospitaliers et leurs services. L'autorisation ministérielle de la mise en service, la création ou l'extension d'un établissement hospitalier ou d'un service ne peut se faire sans le respect des normes établies conformément à l'article 10; le non-respect peut entraîner la fermeture d'un hôpital conformément à l'article 7.

A ce sujet, le Conseil d'Etat renvoie à ses observations formulées à l'endroit des points 4 et 5 du présent texte.

Dans l'exposé des motifs, les auteurs conviennent qu'„à de rares exceptions près, ledit article est resté lettre morte“.

L'alinéa 2 est modifié par les auteurs qui y rajoutent aux domaines actuellement non couverts par des normes les modalités de documentation.

Le Conseil d'Etat rappelle en passant que le terme de „personnel paramédical“ n'est plus usité, et est à remplacer par l'expression „certaines professions de santé“.

8° (article 12 de la loi de 1998)

Ce point qui reformule l'article 12 dans le but de faciliter et d'encourager le regroupement d'activités hospitalières trouve tout comme l'amendement 21 l'accord du Conseil d'Etat.

9° (article 13, alinéa 2 de la loi de 1998)

Sans observation.

10° (article 18 de la loi de 1998)

Cet article, qui élargit les attributions du commissaire de Gouvernement aux hôpitaux, n'appelle pas d'observation de la part du Conseil d'Etat, tout comme l'amendement 22.

11° (article 19 de la loi de 1998)

Les auteurs prévoient de modifier la composition de la commission permanente des hôpitaux. Le Conseil d'Etat constate que les attributions des conseils médicaux, organes représentatifs des médecins hospitaliers, gardent une dimension locale cantonnée à leurs hôpitaux respectifs et qu'ils ne sont représentés dans aucun organe consultatif contribuant à l'orientation du développement hospitalier national.

Aussi le Conseil d'Etat propose-t-il de prévoir à l'endroit de l'article 30 portant sur les attributions des conseils médicaux la mise en place d'une structure de coordination nationale prenant la dénomination de „conférence nationale des conseils médicaux“, dont les modalités d'organisation et de fonctionnement seront à déterminer par règlement grand-ducal. Le Conseil d'Etat propose que cette conférence nationale des conseils médicaux soit représentée au sein de la commission permanente des hôpitaux. Il y a dès lors lieu de donner à l'article 19, alinéa 4, 6e tiret, le libellé suivant:

„– de deux représentants des professions de la santé, dont l'un est un médecin proposé par la Conférence nationale des conseils médicaux et l'autre un professionnel de santé proposé par le Conseil supérieur des professions de santé.“

A cette fin, il y a également lieu d'insérer un nouveau point au projet de loi sous avis, qui modifiera l'article 30 de la loi de 1998 (point 15bis nouveau selon le Conseil d'Etat).

12° (article 23 de la loi de 1998)

Ce point qui introduit à l'endroit de l'article 23 une base légale pour le comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières n'appelle pas d'observation de la part du Conseil d'Etat. Il en est de même de l'amendement 23 qui précise la mission de l'organisme gestionnaire en matière de gestion des risques et de la qualité.

13° (article 26 de la loi de 1998)

Le Conseil d'Etat ne peut pas approuver le libellé proposé par les auteurs pour l'alinéa 1 de l'article 26, qui n'est pas cohérent avec leur approche promouvant un travail en commun des différentes professions de santé au sein des filières de soins et centres de compétences. A cet égard, le cloisonnement des activités médicales et soignantes est d'un autre âge.

Aussi le Conseil d'Etat propose-t-il de donner à l'alinéa 1 de l'article 26 la teneur suivante:

„Dans les hôpitaux, l'activité médico-soignante s'exerce dans des services médicaux autorisés conformément aux articles 4 et 5 et structurés conformément aux projets de service établis en cohérence avec le projet d'établissement dont question à l'article 22.

Chaque service constitue une unité d'organisation et de gestion comportant une ou plusieurs unités de soins. Par unité de soins on entend une unité fonctionnelle soit d'hospitalisation, soit

médico-technique, prenant en charge des patients, située dans une même enceinte architecturale et relevant d'une dotation et d'une gestion commune.

L'organisation médicale et soignante des services médicaux est fixée dans le règlement général de l'hôpital."

14° (article 26bis nouveau de la loi de 1998)

Le Conseil d'Etat estime que les caractéristiques des filières de soins, d'une part, et des centres de compétences, d'autre part, ne sont pas décrites avec la clarté requise et que les responsabilités des différents acteurs ne sont pas suffisamment définies pour qu'il puisse approuver l'article 26bis tel qu'il est libellé par les auteurs. La notion de contrat ou convention d'objectifs et de moyens nécessite des précisions. Qui sont les contractants engagés du côté de la filière de soins? S'agit-il d'un collectif aux responsabilités partagées d'un groupe forcément hétérogène de professionnels de santé, d'établissements hospitaliers ou encore d'autres prestataires? Comment sont coordonnées et gérées ces filières de soins? Quel est l'engagement à prendre par les contractants que sont le ministre ayant la Santé dans ses attributions, d'une part, et la Caisse nationale de santé, d'autre part? Qui assure le financement de quels moyens? Comment l'engagement de mise à disposition de moyens par la Caisse nationale de santé interférera-t-elle avec la négociation d'un budget global de l'hôpital? Sur base de quelles recommandations et de quels cahiers de charge le ministre ayant la Santé dans ses attributions accordera-t-il des agréments?

Selon le Conseil d'Etat, des filières de soins ont comme objet une organisation cohérente de soins de nature différente autour de la prise en charge globale de personnes présentant une ou plusieurs pathologies données, permettant d'augmenter la qualité de soins et d'allouer les ressources en place de manière efficiente. Il s'agit donc d'un modèle d'organisation de la mise en œuvre d'un programme de soins qui restera individualisé en tenant compte des besoins particuliers d'un patient donné, mais qui obéira à un déroulement cohérent respectant les impératifs qualitatifs et l'utilisation économique des ressources.

Les services médicaux sont définis à l'endroit de l'article 26 comme des unités d'organisation et de gestion développées autour d'une ou plusieurs disciplines médicales (exemples: gastro-entérologie, anesthésie, imagerie médicale ...). Les centres de compétences par contre seraient des unités d'organisation et de gestion développées autour de la prise en charge d'une pathologie donnée ou d'un complexe de pathologies afin d'obtenir une concentration des ressources et/ou une masse critique des cas à traiter (exemples: certaines affections cancérologiques – comme le cancer du sein, le cancer du poumon, les cancers digestifs –, les accidents vasculaires cérébraux, les transplantations rénales, les pathologies liées à l'environnement). Le nombre de ces centres de compétences est limité mais ils ne doivent pas forcément être uniques au plan national. Un ou plusieurs services peuvent collaborer à l'intérieur de ces centres de compétences, dans leur globalité ou partiellement, en fonction des compétences particulières de certains de leurs collaborateurs issus des différentes professions de santé et en fonction des équipements médico-techniques requis. Les centres de compétences peuvent ainsi assurer la mise en œuvre d'une ou plusieurs filières de soins. Le profil d'activité de ces centres de compétences devra être défini, en retenant les activités qui seront exclusivement réservées aux centres de compétences au niveau national tout comme celles qui seront confiées à un ou de plusieurs centres de référence étrangers.

Le Conseil d'Etat exige dans ce sens que les auteurs reformulent l'article 26bis afin de mieux distinguer „filière de soins“ et „centres de compétences“. Seront à déterminer par règlement grand-ducal les ressources engagées et le mode d'organisation des filières de soins. Des modes de rémunération spécifiques sont à fixer dans les différentes nomenclatures des professionnels de santé impliqués. Les centres de compétences auront comme objet d'assurer la mise en œuvre de filières de soins particulières. Il faudra préciser à cette fin les modalités de la mise en place d'un contrat d'objectifs et de moyens, de la coordination du centre de compétences, de sa gestion et de son accompagnement obligatoire par un conseil scientifique.

La mise en place d'un centre de compétences devra être guidée par les besoins sanitaires nationaux et les centres de compétences autorisés seront par conséquent inscrits dans le plan hospitalier.

L'élaboration d'un projet de centre de compétences sur base des données du plan hospitalier devrait être confiée aux hôpitaux. Cette élaboration devrait se faire dans un cadre qui favorise la recherche de collaborations interhospitalières et le partage des compétences. Aussi le Conseil d'Etat suggère-t-il de prévoir à l'endroit de l'article 26bis la création d'un comité de gestion interhospitalière qui se compo-

serait de cinq membres désignés par les directions des hôpitaux de plus de 175 lits. Pour chaque membre effectif, un membre suppléant pourrait être désigné d'après les mêmes modalités. Deux représentants du ministre ayant dans ses attributions la Santé, dont le commissaire aux hôpitaux et un représentant de la Conférence nationale des conseils médicaux, participeraient comme observateurs aux réunions du comité. Ce comité de gestion interhospitalière devrait élaborer les projets de centres de compétences en déterminant notamment le profil d'activité et le champ d'action, la direction hospitalière responsable de la gestion quotidienne, l'organisation de la coordination médico-soignante, les modalités d'agrèments des professionnels de santé concernés et la composition du conseil scientifique. Le projet de centre de compétences serait à soumettre pour autorisation au ministre ayant la Santé dans ses attributions sur base d'un contrat d'objectifs, la commission permanente des hôpitaux demandée en son avis. L'accord du comité interhospitalier de gestion serait requis pour l'agrément des médecins exerçant dans ce centre de compétences, la nomination des membres du conseil scientifique, la validation du rapport annuel d'activité et des propositions budgétaires.

15° (article 29 de la loi de 1998)

Ce point introduit la notion de médecins-coordonateurs. Le Conseil d'Etat considère que la nomination de médecins-coordonateurs à la tête des services médicaux est essentielle pour assurer un fonctionnement convenable de ces services.

Il ressort du libellé de la disposition proposée par les auteurs que le médecin-coordonateur travaillera sous l'autorité du directeur médical, ce qui n'affecte pas *a priori* la nature juridique du statut du médecin – contrat de travail ou prestation de services – suivant le cas.

Le règlement grand-ducal qui précisera son statut devra en tenir compte.

15°bis (article 30 de la loi de 1998)

Compte tenu de ses observations formulées à l'endroit du point 11 de l'article 2 du texte sous avis, le Conseil d'Etat propose de modifier l'article 30 de la loi de 1998, en insérant un nouveau point 15°bis au présent projet de loi. Le point 15°bis nouveau de l'article 2 prendra la teneur suivante:

„15°bis L'article 30 est modifié comme suit:

- a) Les alinéas 1 à 5 actuels de l'article 30 de la loi de 1998 sont à regrouper sous un paragraphe 1er.
- b) Il est ajouté un paragraphe 2 ayant le libellé suivant: „(2) Il est institué une Conférence nationale des conseils médicaux regroupant les représentants des conseils médicaux des différents hôpitaux et établissements hospitaliers spécialisés qui a pour mission de formuler des prises de position sur la politique hospitalière générale. Les modalités d'organisation et de fonctionnement de cette Conférence nationale des conseils médicaux et les modalités de nomination de ses membres sont déterminées par règlement grand-ducal.“ “

16° (article 31 de la loi de 1998)

Le Conseil d'Etat ne peut pas approuver la modification de l'article 31 telle que proposée par les auteurs. Si les auteurs sont d'avis qu'il faut garantir par voie législative le respect de certaines obligations des médecins à l'hôpital considérées comme indispensables, une telle disposition devra viser aussi bien les médecins salariés que les médecins libéraux liés à l'hôpital par un contrat de collaboration. Or, la disposition sous avis qui se limite aux médecins sous statut libéral risque de créer des ambiguïtés quant aux droits et devoirs des médecins exerçant sous des statuts différents, mais censés cohabiter et travailler en équipe au sein des services, notamment selon la volonté des auteurs en filières de soins et centres de compétences, dans un contexte de coordination nationale des activités médicales. Le libellé de cet article laisse entendre qu'un exercice sous sa propre responsabilité et sans lien de subordination sur le plan médical reste réservé aux médecins sous statut libéral. Quels seraient les droits et devoirs des médecins salariés, d'une part, des médecins libéraux, d'autre part, dans un hôpital? Est-ce que les médecins libéraux exerceront sous leur propre responsabilité et les médecins salariés sous la responsabilité d'autrui? Si les médecins libéraux n'ont quant à eux pas de lien de subordination sur le plan médical, quel devra être ce lien de subordination pour les médecins salariés?

Le Conseil d'Etat rappelle que la jurisprudence reconnaît l'existence d'un lien de subordination entre le médecin et la clinique où il pratique, lorsque le médecin doit se conformer à des directives admi-

nistratives, ne dispose pas de possibilité de choisir ses patients, ni de celle de fixer ses honoraires, lorsqu'il occupe les locaux appartenant à l'employeur et lorsque le matériel lui est fourni par ce dernier. Dès lors, l'existence de fiches de salaire, de l'affiliation à la sécurité sociale, d'une rémunération forfaitaire, du respect par le médecin du pouvoir d'organisation et de direction de l'entreprise de l'employeur, de l'utilisation par le médecin des installations, du matériel et du personnel fournis par l'employeur, le respect d'un horaire fixé par l'institution, l'absence de clientèle personnelle, sont autant d'indices susceptibles de permettre la reconnaissance d'un lien de subordination au sens du droit du travail⁵. Il faut donc s'assurer que la détermination des droits et devoirs du médecin libéral n'est pas de nature à affecter son statut d'indépendant travaillant à l'hôpital et respecte l'absence d'un lien de subordination.

La loi peut néanmoins prévoir des principes à faire respecter par les médecins dans les hôpitaux, quel que soit leur statut contractuel. Ces principes ne doivent pas aller au-delà de ce qui est nécessaire pour garantir un fonctionnement adéquat des hôpitaux, tant dans le but de maintenir sur le territoire national un service médical de qualité, équilibré et accessible à tous que dans celui de préserver l'équilibre financier du système de sécurité sociale.

Le Conseil d'Etat recommande donc de faire abstraction de l'alinéa 1 qui deviendrait selon les auteurs l'alinéa 2.

Le Conseil d'Etat propose de donner la teneur suivante à l'alinéa 1 :

„Le médecin hospitalier est lié à l'établissement hospitalier soit par un contrat de travail, soit par un contrat de collaboration. Le médecin hospitalier exerce son activité à titre principal ou accessoire dans un ou plusieurs services hospitaliers sous sa propre responsabilité et sans lien de subordination sur le plan médical.

L'hôpital prend les mesures nécessaires pour que le médecin:

- respecte le cadre défini par le règlement général visé à l'article 23;
- participe à la continuité des soins et des gardes;
- déclare et documente ses prestations effectuées à l'hôpital;
- participe à la démarche qualité et à la prévention des risques;
- utilise de manière efficiente les ressources disponibles.“

Le Conseil d'Etat note que la première phrase du point 16° devrait se lire:

„L'actuel alinéa 1 est précédé d'un alinéa qui prend la teneur suivante:“.

17° (article 33 de la loi de 1998)

Ce point a pour but d'adapter le régime des pharmacies hospitalières.

La notion de région hospitalière qui n'est pas définie dans un texte de loi est à supprimer *in fine* de l'alinéa 2.

Comme dans le contexte légal sous examen un règlement grand-ducal ne peut se prendre qu'aux fins, dans les conditions et suivant les modalités spécifiées par la loi, le terme „notamment“ à l'endroit de l'alinéa 3 est à supprimer.

18° (articles 16, 21, 34 et 35 de la loi de 1998)

Sans observation.

Article 3 (tel que modifié par l'amendement 24)

Cet article qui prévoit la reconstitution progressive de la réserve minimale n'appelle pas d'observation de la part du Conseil d'Etat.

Article 4 (tel que modifié par l'amendement 25)

Par dérogation aux articles 65, alinéa 2, et 67 à 70 du Code de la sécurité sociale, cet article maintient les valeurs des lettres-clés des prestataires de soins par rapport à leur valeur applicable au 31 décembre 2010, pour la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2012, tout en tenant compte de la neu-

⁵ Edition du Jurisclasseur, 1996, p. 26.

tralisation du facteur de rattrapage au 1er janvier 2011 pour les médecins, médecins-dentistes et infirmières.

Il y a lieu de préciser si le maintien de la valeur de la lettre-clé se rapporte à un maintien extra-indicatoire ou non. Si le premier cas de figure est retenu, il y a lieu de le spécifier dans l'alinéa 1.

Comme l'article 65, alinéa 1 fait référence aux prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, points 1 à 7 et 12, il est préférable de se référer directement à cet article dans l'article sous avis.

Le Conseil d'Etat propose dès lors de donner à l'article 4 le libellé suivant:

„Par dérogation aux articles 65, alinéa 2, et 67 à 70 du Code de la sécurité sociale, les valeurs des lettres-clés des prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, points 1 à 7 et 12 sont maintenues par rapport à leur valeur applicable au 31 décembre 2010 au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 pour la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2012.“

Article 5 (tel que modifié par l'amendement 26)

Cet article prévoit de déterminer par voie de règlement grand-ducal des réductions à opérer sur les coefficients des actes et services prévus dans la nomenclature des médecins, limités dans le temps à l'exercice 2011.

Comme les prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, point 1, sont les médecins, il y a lieu de les nommer directement dans l'alinéa 1.

L'alinéa 2 de cet article prévoit une révision ciblée de certains actes de la nomenclature des laboratoires d'analyses médicales.

Article 6

Cet article limite pour les hôpitaux, par dérogation à l'article 74 du Code de la sécurité sociale, la progression annuelle de l'enveloppe budgétaire globale pour la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2012 par rapport à l'année 2010 à 3%. Selon le Conseil d'Etat, il y a lieu de préciser s'il s'agit d'une progression extra-indiciaire ou non. Le Conseil d'Etat rappelle que les frais fixes représentent, selon le rapport général sur la sécurité sociale de 2008, 79,4% des frais hospitaliers, et qu'ils sont constitués pour la majeure partie de frais de personnel qui sont sous l'emprise d'une convention collective de travail et adaptés à l'évolution de l'indice pondéré du coût de la vie.

L'article 77 est suspendu et ses dispositions adaptées pour les années 2011 et 2012.

Article 7 (ancien article 8) (cf. amendement 27 supprimant l'ancien article 7)

Cet article abroge l'article 18bis de la loi modifiée du 11 avril 1983 portant réglementation de la mise sur le marché et de la publicité des médicaments, qui a été introduit par la réforme de 1992, mais n'a jamais été appliqué. Il prévoit déjà une liste de transparence de produits „d'une valeur thérapeutique comparable“. Il y a lieu de l'abroger, étant donné qu'il risque de faire double emploi avec le nouvel article 22bis.

Article 8 (amendement 28)

Sans observation.

Article 9 (amendement 29)

S'il est nécessaire de maintenir la commission de nomenclature provisoirement en fonction au-delà du 31 décembre 2010, cette disposition transitoire devra être dotée d'une date butoir. Le Conseil d'Etat propose de donner à cette disposition le libellé suivant:

„**Art. 9.** En attendant la constitution de la Commission de nomenclature suivant les modalités de désignation prévues par la présente loi, ses attributions sont provisoirement exercées par la Commission de nomenclature en fonction au 31 décembre 2010 jusqu'au 30 juin 2011.“

Article 10 (amendement 30)

Sans observation.

Article 11 (ancien article 9)

Sans observation.

Article 12 (ancien article 10)

Cet article qui porte le délai de négociation disponible pour l'élaboration des dispositions obligatoires de la convention visées à l'article 64 et à l'article 66, alinéa 3 de six à dix-huit mois est approuvé par le Conseil d'Etat.

Article 13 (ancien article 11)

Cet article permettra l'engagement des fonctionnaires et employés nécessaires au bon fonctionnement de la Cellule d'expertise médicale, ainsi que le renforcement des effectifs du Contrôle médical de la sécurité sociale et de l'Inspection générale de la sécurité sociale.

Article 14 (ancien article 12)

Cet article qui prévoit l'introduction d'une dotation forfaitaire de l'Etat au profit de l'assurance maladie-maternité destinée à compenser dans une phase initiale les effets de l'intégration des prestations en espèces de maternité dans le régime général trouve l'accord du Conseil d'Etat.

Afin de préciser la disposition sous revue, il propose la formulation suivante:

„**Art. 14.** L'Etat prend en charge, jusqu'au 31 décembre 2010, une dotation annuelle de 20 millions d'euros au profit de l'assurance maladie-maternité destinée à compenser de façon forfaitaire les charges supplémentaires incombant à la Caisse nationale de santé du fait de l'incorporation des prestations en espèces de maternité dans le régime général de l'assurance maladie-maternité.

L'Inspection générale de la sécurité sociale est chargée d'évaluer cette somme avant l'échéance susvisée.“

Article 15 (ancien article 13) (amendement 31)

Sans observation.

Ainsi délibéré en séance plénière, le 23 novembre 2010.

Le Secrétaire général,
Marc BESCH

Pour le Président,
La Vice-Présidente,
Viviane ECKER

6196/05

N° 6196⁵

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2010-2011

PROJET DE LOI

portant réforme du système de soins de santé et modifiant:

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

* * *

SOMMAIRE:

	<i>page</i>
<i>Amendements adoptés par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale</i>	
1) Dépêche du Président de la Chambre des Députés au Président du Conseil d'Etat (26.11.2010).....	1
2) Texte coordonné.....	20

*

**DEPECHE DU PRESIDENT DE LA CHAMBRE DES DEPUTES
AU PRESIDENT DU CONSEIL D'ETAT**

(26.11.2010)

Monsieur le Président,

Me référant à l'article 19 (2) de la loi du 12 juillet 1996 portant réforme du Conseil d'Etat, j'ai l'honneur de vous faire parvenir ci-joint un nouveau texte coordonné du projet de loi mentionné sous rubrique, tel qu'il a été arrêté par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale au cours de ses réunions du 25 novembre 2010.

Ce texte comporte une série d'amendements parlementaires dont l'énoncé et la motivation sont présentés dans la suite. A noter que les amendements imprimés en caractères gras, sont formulés par rapport au texte gouvernemental amendé. La numérotation des différents points et articles est celle du texte coordonné amendé ci-joint.

Amendement 1

L'article 1er, point 5 du projet de loi est modifié comme suit:

„5° L'article 17 prend la teneur suivante:

„**Art. 17.** Sont pris en charge dans une mesure suffisante et appropriée:

- 1) les soins de médecine;
- 2) les soins de médecine dentaire;
- 3) les traitements effectués par des professionnels de santé;
- 4) les analyses de biologie médicale;
- 5) les orthèses, prothèses, épithèses et implants dentaires;
- 6) les médicaments, le sang humain et les composants sanguins;
- 7) les dispositifs médicaux;

- 8) les traitements effectués en milieu hospitalier;
- 9) les frais de séjour à l'hôpital en cas d'accouchement et en cas d'hospitalisation sauf pour le cas de simple hébergement;
- 10) les cures thérapeutiques et de convalescence;
- 11) les soins de rééducations et de réadaptations fonctionnelles;
- 12) les frais de transport des malades;
- 13) les soins palliatifs suivant les modalités d'attribution précisées par règlement grand-ducal.

Est considéré comme simple hébergement le séjour à l'hôpital d'une personne pour laquelle les soins en vue de sa guérison, de l'amélioration de son état de santé ou de l'atténuation de ses souffrances peuvent être dispensés en dehors du milieu hospitalier. Ces critères peuvent être précisés par règlement grand-ducal.

Des mesures de médecine préventive peuvent être organisées en collaboration avec la Direction de la santé dans le cadre de conventions de partenariat conclues entre les ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale, la Caisse nationale de santé et, le cas échéant, des services spécialisés.“ “

Commentaire

Afin d'éviter une interprétation erronée du point 9) dans le contexte d'une prise en charge ambulatoire, le présent amendement suit le raisonnement du Conseil d'Etat tout en restant avec les termes „les frais de séjour“ et en ajoutant le cas de l'accouchement.

Amendement 2

L'article 1er, point 7 du projet de loi est modifié comme suit:

„7° A la suite de l'article 19 du Code de la sécurité sociale il est inséré un nouvel article 19bis libellé comme suit:

„**Art. 19bis.** L'assuré peut désigner un médecin référent avec l'accord de celui-ci qui a pour missions:

- 1) d'assurer le premier niveau de recours aux soins;
- 2) d'assurer les soins de prévention et contribuer à la promotion de la santé;
- 3) de suivre régulièrement le contenu du dossier de soins partagé de l'assuré visé à l'article 60quater;
- 4) de superviser le parcours de l'assuré dans le système de soins de santé et de sensibiliser le patient par rapport aux risques liés aux doubles emplois, à la surconsommation et aux effets secondaires;
- 5) de coordonner les soins dans les cas de pathologies lourdes ou chroniques ou de soins de longue durée;
- 6) d'informer, d'orienter et de conseiller le patient dans son parcours de soins.

Un règlement grand-ducal détermine les modalités de désignation, de reconduction et de changement du médecin référent ainsi que de son remplacement en cas d'absence.“ “

Commentaire

A l'alinéa 1er, point 4), le terme „informer“ est remplacé par le terme „sensibiliser“. Le deuxième alinéa reprend la formulation proposée par le Conseil d'Etat.

Amendement 3

L'article 1er, point 13 du projet de loi est modifié comme suit:

„13° L'article 24 du Code de la sécurité sociale prend la teneur suivante:

„**Art. 24.** Les prestations de soins de santé sont accordées, soit sous forme de remboursement par la Caisse nationale de santé et les caisses de maladie aux personnes protégées qui ont fait l'avance des frais, soit sous forme de prise en charge directe par la Caisse nationale de santé, le prestataire de soins n'ayant dans ce dernier cas d'action contre la personne protégée que pour la participation statutaire éventuelle de celle-ci. A défaut de disposition convention-

nelle contraire, le mode de la prise en charge directe ne s'applique qu'aux actes, services et fournitures ci-après:

- 1) les analyses médicales de biologie médicale;
- 2) en cas de traitement en milieu hospitalier, l'ensemble des frais de traitement à l'exception des honoraires médicaux;
- 3) les médicaments;
- 4) la rééducation et la réadaptation fonctionnelles dans un établissement spécialisé;
- 5) la transfusion sanguine;
- 6) les actes des professions de santé visées à l'article 61, alinéa 2, point 3), des établissements d'aides et de soins ainsi que des réseaux d'aides et de soins visés aux articles 389 à 391 disposant d'un contrat d'aides et de soins avec la Caisse nationale de santé.

La prise en charge directe est encore accordée en cas d'indigence de la personne protégée dûment documentée par une attestation établie par l'office social en charge, suivant les modalités déterminées par les dispositions statutaires et conventionnelles.

La Caisse nationale de santé envoie périodiquement à l'assuré un relevé des prestations lui fournies par voie de prise en charge directe.“ “

Commentaire

A l'alinéa 1er, point 1 les termes „les analyses médicales de biologie clinique“ sont, sur proposition du Conseil d'Etat, remplacés par les termes „les analyses de biologie médicale“.

Au point 2 la précision actuelle du CSS „à l'exception des honoraires médicaux“ est à nouveau insérée dans l'article 24.

Amendement 4

L'article 1er, point 25 du projet de loi est modifié comme suit:

„25° L'article 47 du Code de la sécurité sociale prend la teneur suivante:

„**Art. 47.** A la demande de l'assuré, toute question à portée individuelle à son égard en matière de prestations ou d'amendes d'ordre peut faire l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité directeur.

Tout litige au sujet d'un tarif en application des nomenclatures ou des conventions ou au sujet d'un dépassement des tarifs visés à l'article 66, alinéa 3 fait l'objet d'une décision du président du comité directeur ou de son délégué. Cette décision est notifiée à l'assuré et au prestataire de soins en cause. L'assuré ou le prestataire de soins peuvent porter le litige dans les quarante jours de la notification devant la Commission de surveillance prévue à l'article 72.

Si un litige porte tant sur une question visée à l'alinéa 1 que sur une question visée à l'alinéa 2, le litige visé à l'alinéa 2 doit être vidé préalablement.

Tout litige opposant un prestataire de soins à la Caisse nationale de santé dans le cadre de la prise en charge directe prévue à l'article 24 fait l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par le prestataire dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par la Commission de surveillance prévue à l'article 72 ou, s'il s'agit d'un hôpital, par la commission des budgets hospitaliers prévue à l'article 77.“ “

Commentaire

Afin de tenir compte des réserves du Conseil d'Etat quant à l'utilité et au bien-fondé de la suppression de la voie de recours administrative interne pour les décisions individuelles en matière de tarifs, le présent amendement revient au texte actuel de l'article 47 du CSS, sauf à y opérer quelques redressements matériels. Les deux alinéas concernant les décisions relatives à l'inscription ou non des médicaments sur la liste positive étant transférés dans le projet de loi vers l'article 22 du CSS afin d'y

regrouper toutes les dispositions relatives à la liste positive de médicaments, ne sont plus à reproduire dans l'article 47 du CSS.

Amendement 5

L'article 1er, point 27 du projet de loi est supprimé.

Commentaire

L'article 51, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale reprend sa teneur actuelle, à savoir:

„Tout litige au sujet d'un tarif en application des nomenclatures ou des conventions ou au sujet d'un dépassement des tarifs visés à l'article 66, alinéa 3 fait l'objet d'une décision du président du comité directeur ou de son délégué. Cette décision est notifiée à l'assuré et au prestataire de soins en cause. L'assuré ou le prestataire de soins peuvent porter le litige dans les quarante jours de la notification devant la Commission de surveillance prévue à l'article 72.“

Commentaire:

Cf. commentaire amendement 4.

Amendements 6 et 7

Les modifications proposées visent à tenir compte de l'avis du Conseil d'Etat et des suggestions formulées par la Commission nationale pour la protection des données dans son avis du 24 novembre 2010 relatif au projet de loi 6169 (délibération 345/2010).

Amendement 6

L'article 1er, point 30 du projet de loi, prend la teneur suivante:

„30° A la suite de l'article 60bis du Code de la sécurité sociale, il est inséré un nouvel article 60ter libellé comme suit:

- „**Art. 60ter.** (1) Il est mis en place une „Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé“, désignée ci-après par l'„Agence“ qui a pour missions:
- 1) la réalisation, le déploiement, l'exploitation et la gestion administrative et technique d'une plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé, ainsi que d'applications et de systèmes informatiques de santé à l'échelle nationale, comportant:
 - le dossier de soins partagé dont question à l'article 60quater;
 - d'autres projets informatiques à envergure nationale visant à faciliter l'échange, le partage ou une meilleure utilisation des données de santé;
 - les systèmes électroniques de communication avec la plateforme et ses applications, les mécanismes de sécurité et les autres services de base y liés;
 - la communication de données avec des plateformes similaires dans d'autres Etats membres de l'Union européenne;
 - 2) la promotion de l'interopérabilité et de la sécurité dans la mise en place de systèmes d'information de santé, moyennant:
 - la production et la promotion de référentiels contribuant à l'interopérabilité et à la sécurité des systèmes d'information de santé;
 - le support à la convergence des systèmes d'information de santé en termes d'implémentation des référentiels d'interopérabilité;
 - la vérification de l'implémentation des référentiels d'implémentation;
 - la veille au niveau des standards pour les systèmes d'information en santé;
 - la collaboration avec les organisations internationales en charge de la standardisation dans le domaine des systèmes d'information de santé;
 - 3) l'établissement et la tenue à jour d'un schéma directeur des systèmes d'information de santé, déclinant une stratégie nationale, articulée avec les priorités sanitaires du pays d'une part et les besoins d'échange et de partage des acteurs du secteur d'autre part. Ce schéma directeur organise en outre les projets et activités directement ou indirectement gérés par l'Agence,

ainsi que les autres projets stratégiques de systèmes d'information contribuant au partage et à l'échange de données de santé, gérés directement par les acteurs du secteur;

- 4) le conseil des autorités de tutelle en matière des choix stratégiques des systèmes d'information de santé;

5) la communication envers les patients et prestataires sur les modalités de fonctionnement et la sécurité du dossier de soins partagé et de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé.

L'Agence est soumise à l'autorité conjointe des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale. Elle soumet annuellement aux ministres de tutelle:

- le schéma directeur informatique dont question ci-avant;
- son rapport annuel;
- un budget prévisionnel pluriannuel, ainsi que les comptes de l'exercice écoulé.

(2) La fonction d'Agence est confiée à un groupement d'intérêt économique, regroupant l'Etat, la Caisse nationale de santé et le Centre commun de la sécurité sociale, ainsi que des organismes représentatifs des prestataires des soins et des associations représentant l'intérêt des patients.

L'Agence peut recourir aux services du Centre commun de la sécurité sociale pour la gestion des droits d'accès des personnes assurées et des prestataires de soins.

(3) Le financement des missions de l'Agence définies à l'alinéa 1 est pris en charge à raison de deux tiers par la Caisse nationale de santé et d'un tiers par l'Etat. L'Agence peut acquérir des fonds d'autres sources.“ “

Commentaire:

Il est proposé de compléter les missions de l'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé par un point 5) dédié à la communication envers les patients et prestataires sur le fonctionnement du dossier de partage et de la plateforme, dont notamment les droits des utilisateurs et les mesures de sécurité mises en place.

En effet, tel que le fait ressortir l'avis de la CNPD (page 4), l'Agence a une responsabilité propre particulière. En tant que responsable du traitement, elle doit notamment respecter une obligation d'information vis-à-vis des personnes concernées.

Amendement 7

L'article 1er, point 31° du projet de loi est modifié comme suit:

„31° A la suite de l'article 60ter du Code de la sécurité sociale il est inséré un nouvel article 60quater libellé comme suit:

„**Art. 60quater.** (1) L'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé tient à la disposition des prestataires et des patients un dossier de soins partagé.

(2) Le dossier de soins partagé regroupe les données médicales et autres informations concernant le patient, utiles et pertinentes afin de favoriser la sécurité, la continuité des soins, la coordination des soins, ainsi qu'une utilisation efficiente des services de soins de santé. Il comporte ainsi notamment:

- 1) les actes et données médicaux mentionnés à l'article 60bis, alinéa 1;
- 2) les prescriptions effectuées dans le domaine des analyses médicales de biologie clinique, d'imagerie médicale et de médicaments, et le cas échéant les résultats y afférents;
- 3) l'historique et les comptes rendus de la prise en charge de certaines prestations de soins de santé;
- 4) des informations ou déclarations introduites par le patient lui-même.

(3) **Dans le respect du secret médical et des finalités visées au présent article,** l'accès au dossier de soins partagé est réservé au médecin référent, au médecin traitant et aux professionnels de santé participant à la prise en charge du patient.

~~La direction de l'établissement hospitalier peut accéder aux données des patients traités en leur sein, à des fins de gestion des risques et de la qualité des soins, ainsi que de planification de l'activité et de l'organisation des soins.~~

(4) Chaque patient a un droit d'accès à son dossier de soins partagé **et a un droit d'information sur les accès et l'identité des personnes ayant accédé à ce dossier. Il peut à tout moment s'opposer au partage de données le concernant au sein d'un dossier de soins partagé.**

Dans ce cas les données le concernant ne sont plus publiées, chaque prestataire peut toutefois avoir accès aux informations concernant les ordonnances, prescriptions, comptes rendus ou autres actes qu'il a lui-même accomplis.

(5) L'Agence, la Direction de la santé, le Laboratoire national de santé, l'Inspection générale de la sécurité sociale et la Caisse nationale de la santé, échangent à l'aide de procédés automatisés ou non des informations rendues anonymes à des fins statistiques ou épidémiologiques. Les procédés automatisés se font moyennant interconnexion de données et sous garantie d'un accès sécurisé, limité et contrôlé.

(6) La Commission nationale pour la protection des données demandée en son avis, un règlement grand-ducal précise les modalités et conditions de la mise en place du dossier de soins partagé, notamment en ce qui concerne:

- 1) la procédure détaillée de création et de suppression du dossier de soins partagé;
- 2) la procédure et les modalités d'accès au dossier par le patient et les prestataires et les modalités d'après lesquelles le patient peut accéder aux traces d'accès à son dossier de soins partagé;
- 3) la détermination de niveaux d'accès différents tenant compte des attributions des différentes catégories de prestataires **et des différentes catégories de données;**
- 4) les mesures nécessaires pour assurer un niveau de sécurité particulièrement élevé de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé;**
- 5) les procédures, les nomenclatures et les terminologies standardisées, les formats et autres normes, de même que les modalités techniques suivant lesquelles les informations et documents électroniques sont à verser au dossier de soins partagé;
- 6) les délais dans lesquels les prestataires de soins, la Caisse nationale de santé et toute autre dépositaire ou détenteur d'éléments du dossier doit les verser au dossier de soins partagé;
- 7) le cas échéant, l'ouverture d'un dossier de soins partagé pour les bénéficiaires de soins de santé au pays qui ne sont pas des assurés résidents;
- 8) le cas échéant, les modalités de coopération et de transfert de données transfrontalières avec les autorités afférentes d'un autre Etat membre un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

Le règlement grand-ducal précise également les modalités d'établissement et la forme des informations et des documents à verser au dossier de soins partagé. " "

Commentaire:

1.) La première modification, inscrite au (3), vise à souligner le caractère secret des informations partagées à des finalités précises, qui s'inscrivent dans le cadre de la relation entre le patient et le prestataire de soins de santé.

La formulation proposée correspond à celle suggérée par la CNPD à la page 7 de son avis.

2.) La suppression de l'accès des directions des établissements hospitaliers au paragraphe (3) répond à une observation formulée par le Conseil d'Etat.

3.) Le paragraphe (4) est complété, afin de préciser que le patient dispose d'un droit d'information sur les accès et les personnes ayant accédé à son dossier de soins partagé.

4.) L'ajout au point 3) du paragraphe (6) permet une granularité des niveaux d'accès aux données de la plateforme tenant non seulement compte de la catégorie du prestataire, mais aussi de la sensibilité attachée par le patient à certaines données de santé (page 6 de l'avis de la CNPD).

5.) Conformément à la recommandation formulée à la page 9 de l'avis de la CNPD, le nouveau point 3) vise à inscrire dans la loi l'exigence d'un niveau de sécurité particulièrement élevé de la plateforme. Les modalités et mesures de détail seront précisées par règlement grand-ducal pris sur avis de la CNPD.

Amendement 8

L'article 1er, point 34 du projet de loi est modifié comme suit:

„34° L'article 65 du Code de la sécurité sociale prend la teneur suivante:

„**Art. 65.** Les actes, services professionnels et prothèses dispensés par les prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1) à 7) et 12) et pris en charge par l'assurance maladie-maternité sont inscrits dans des nomenclatures différentes.

Dans chacune des nomenclatures des prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1) à 4) et 12), chaque acte ou service est désigné par la même lettre-clé et par un coefficient. La lettre-clé est un signe dont la valeur en unité monétaire est fixée par voie conventionnelle. Le coefficient est un nombre exprimant la valeur relative de chaque acte professionnel inscrit dans chacune des nomenclatures visées au présent alinéa tenant compte de la durée, de la compétence technique et de l'effort intellectuel requis pour dispenser cet acte professionnel.

Dans la nomenclature des médecins les spécialités médicales et des normes de compétences spécifiques et d'expériences professionnelles sont détaillées. La nomenclature peut en outre prévoir une orientation prioritaire ou exclusive de la dispensation de certains actes vers des services et centres de compétences hospitaliers tels que définis dans la loi sur les établissements hospitaliers.

Lorsque l'acte ou le service professionnel implique l'utilisation d'un appareil, la nomenclature peut fixer un forfait couvrant les frais directs et indirects résultant de l'utilisation de l'appareil.

Les nomenclatures peuvent prévoir une cotation forfaitaire pour un ensemble d'actes ou services professionnels dispensés pour une période ou un traitement déterminé. Cette cotation forfaitaire s'impose pour les prestations de soins de la profession d'infirmier à l'égard des personnes dépendantes au sens du Livre V et pour les actes et services dispensés par les prestataires visés à l'article 61 sous 12).

Elles peuvent également prévoir la réduction ou l'augmentation du tarif des actes et services dans des conditions qu'elles déterminent.

Les nomenclatures des actes, services professionnels et prothèses sont déterminés par des règlements grand-ducaux sur base d'une recommandation circonstanciée de la Commission de nomenclature.

La Commission de nomenclature se compose de:

- 1) deux membres dont le président, désignés par arrêté conjoint des ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale et la Santé; un membre doit avoir la qualité de médecin;
- 2) deux membres désignés par le comité directeur de la Caisse nationale de santé;
- 3) deux membres désignés par le ou les groupements signataires de la convention pour les médecins;
- 4) en fonction de la nomenclature en cause, deux membres désignés par le ou les groupements signataires de la convention concernée.

Lorsque la Commission de nomenclature est amenée à statuer en matière d'actes et services relevant de la nomenclature des médecins et dispensés en milieu hospitalier, la composition de la Commission de nomenclature est complétée par deux membres devant avoir la qualité de médecin et désignés respectivement par arrêté conjoint des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale et par le groupement représentatif des hôpitaux.

Pour chaque membre effectif un membre suppléant est désigné d'après les modalités prévues ci-dessus.

La Commission est assistée dans l'accomplissement de ses missions par la Cellule d'expertise médicale, à laquelle elle demande des avis des affaires dont elle est saisie.

La Commission de nomenclature peut se saisir elle-même de toute affaire relative à ses attributions. Elle peut être saisie également de toute proposition d'inscription, de modification ou de suppression d'actes, services ou fournitures par les ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale ou la Santé, le Collège médical, le Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé, la Commission de surveillance ou encore par les parties signataires des conventions.

La modification du coefficient d'un acte ou service figurant dans la nomenclature doit intervenir avant le 1er décembre et ne prend effet que le 1er janvier de l'exercice suivant. Les effets de cette modification sont neutralisés par une adaptation correspondante de la lettre-clé qui s'ajoute à celle prévue à l'article 67 et qui se base sur le nombre des actes et services de l'avant-dernier exercice.

Le fonctionnement de la Commission, la procédure à suivre, les éléments constituant la demande standardisée d'inscription ainsi que l'indemnisation des membres et experts commis sont déterminés par un règlement grand-ducal. Ce règlement grand-ducal peut également prévoir des modalités de validation provisoire et de révision obligatoire. Dans les votes au sein de la commission, celui du président prévaut en cas de partage des voix.

Les frais de fonctionnement de la commission sont entièrement à charge de l'Etat.“ “

Commentaire

L'article 65, alinéa 2 est modifié afin de reprendre la formule proposée par le Conseil d'Etat à l'exception du mot „obligatoirement“.

Sur proposition du Conseil d'Etat l'alinéa 3 précise nommément qu'il s'agit de la nomenclature des médecins. Le renvoi à l'article afférent est dès lors supprimé. En outre le renvoi aux filières de soins intégrés est supprimé.

La composition de la commission de nomenclature est revue.

La disposition relative à la neutralisation liée à la modification du coefficient d'un acte est reprise dans sa version actuelle de l'article 65 du CSS.

Amendement 9

L'article 1er, point 35 du projet de loi est modifié comme suit:

„35° A la suite de l'article 65 du Code de la sécurité sociale il est inséré un nouvel article 65bis ayant la teneur suivante:

„**Art. 65bis** (1) Il est créé sous l'autorité des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale une Cellule d'expertise médicale qui a pour missions:

- 1) de proposer, en s'orientant suivant des référentiels acquis par la science, le libellé et les coefficients des actes, d'en produire une définition complète et d'en préciser les indications et les conditions d'application;
- 2) de s'enquérir de l'évaluation scientifique des dispositifs médicaux et de procéder à l'émission de recommandations pour leur bon usage permettant de déterminer le bien-fondé de la prise en charge par l'assurance maladie;
- 3) de collaborer à l'élaboration des standards de bonne pratique médicale prévues au paragraphe 2, alinéa 2 et à leur promotion auprès des professionnels de la santé;
- 4) d'analyser des avis concernant le résultat attendu d'un acte ou d'une source, en fonction de son intérêt diagnostique ou thérapeutique, de son impact sur la santé de la population et de son impact financier;
- 5) d'assurer le secrétariat et l'appui technique de la Commission de nomenclature et du Conseil scientifique.

La Cellule d'expertise médicale, qui est rattachée administrativement à l'Inspection générale de la sécurité sociale, est composée de façon pluridisciplinaire par des agents détachés par le Contrôle médical de la sécurité sociale, la Direction de la santé ou affectés par l'Inspection générale de la sécurité sociale.

La Cellule peut conclure des accords de partenariat avec des services spécialisés nationaux ou internationaux en vue de la réalisation de ses missions.

La Cellule peut s'adjoindre des experts. Elle doit fournir des expertises à la demande des ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale ou la Santé ou la Caisse nationale de santé. Ces expertises ne peuvent porter sur l'évaluation de l'état de santé, de diagnostics ou traitements de patients individuels.

(2) Il est institué sous l'autorité des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale un Conseil scientifique du domaine de la santé qui a pour mission d'élaborer et de contribuer à la mise en œuvre de standards de bonnes pratiques médicales.

Les standards de bonne pratique médicale sont des recommandations développées selon une méthode explicite pour aider le médecin et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données. L'objectif de tels standards de bonnes pratiques médicales est d'informer les professionnels de santé, les patients et les usagers du système de santé sur l'état de l'art et les données acquises de la science afin d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins.

Le Conseil scientifique collabore étroitement avec la Cellule d'expertise médicale en ce qui concerne la documentation et la recherche en matière de bonnes pratiques médicales, leur promotion auprès des professionnels de santé ainsi que la désignation d'experts et la conclusion de conventions dans le domaine des bonnes pratiques médicales.

Un règlement grand-ducal détermine la composition et le fonctionnement du conseil ainsi que l'indemnisation de ses membres et experts.“ “

Commentaire

Afin de tenir compte des observations du Conseil d'Etat l'article 65bis est restructuré.

Le paragraphe 1er concerne la Cellule d'expertise médicale et le paragraphe 2 le Conseil scientifique du domaine de la santé.

Les standards de bonne pratique médicale sont définis au paragraphe 2, alinéa 2.

Le paragraphe 2, alinéa 3 nouveau, précise les modalités de la collaboration entre la Cellule d'expertise médicale et le Conseil scientifique.

Amendement 10

L'article 1er, point 38 du projet de loi est supprimé.

Commentaire

La proposition de remplacer à l'article 67 du Code de la sécurité sociale le terme „revalorisation“ par le terme „adaptation“ est supprimée.

Amendement 11

L'article 1er, point 40 du projet de loi est modifié comme suit:

„40° L'article 72 du Code de la sécurité sociale prend la teneur suivante:

„**Art. 72.** Il est institué auprès du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale une Commission de surveillance, composée d'un président et de quatre délégués. En cas d'empêchement du président, la Commission est présidée par un vice-président. Le président et le vice-président sont nommés en raison de leur compétence juridique dans le domaine de la sécurité sociale, par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. Le président et le vice-président sont assistés par un secrétariat permanent, rattaché au ministère de la Sécurité sociale.

Pour chaque affaire le président désigne les quatre délégués suivant les modalités suivantes:

- 1) deux délégués sont choisis par le président sur une liste de dix personnes établie par le comité directeur de la Caisse nationale de santé. Cinq des délégués figurant sur cette liste représentent les secteurs visés aux points 1 à 4 de l'article 46 et cinq autres délégués les secteurs visés aux points 5 à 8 du même article;
- 2) pour les affaires mettant en cause un médecin ou un médecin-dentiste, le troisième délégué est choisi sur une liste de cinq personnes établie par le Collège médical et le quatrième

délégué est choisi sur une liste de cinq personnes établie par le groupement représentatif des médecins et des médecins-dentistes;

- 3) pour les affaires mettant en cause un autre prestataire visé à l'article 61, alinéa 2 que celui visé au point précédent, le troisième délégué est choisi sur une liste de cinq personnes établie par le Conseil supérieur des professions de santé et le quatrième délégué est choisi sur une liste de cinq personnes établie par chaque groupement professionnel signataire d'une des conventions visées à l'article 61, alinéa 2.

A défaut de listes présentées par le comité directeur de la Caisse nationale de santé, le Collège médical, le groupement représentatif des médecins et des médecins-dentistes, le Conseil supérieur des professions de santé ou les groupements professionnels signataires d'une des conventions visées à l'article 61, alinéa 2, il appartient au ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions de les établir.

Le directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale ou son délégué peut assister avec voix consultative aux réunions de la commission.

Un règlement grand-ducal détermine le fonctionnement de la Commission, la procédure à suivre ainsi que l'indemnisation des membres et des experts commis. Les frais de fonctionnement sont entièrement à charge de l'Etat.“ “

Commentaire

Afin de tenir compte des observations du Conseil d'Etat, l'article 72 actuel du CSS est repris afin de déterminer la composition de la Commission de surveillance. Les modifications créant le poste de vice-président et celles relatives à la mise en place d'un mécanisme de désignation des quatre délégués sur base d'une liste établie par la Caisse nationale de santé et par les prestataires respectifs, détaillées dans le projet de loi, sont insérées dans l'article 72 du CSS.

Amendement 12

L'article 1er, point 41 du projet de loi est modifié comme suit:

„41° L'article 72bis du Code de la sécurité sociale prend la teneur suivante:

„**Art. 72bis.** La Commission de surveillance est compétente:

- 1) pour les litiges lui déférés par les prestataires de soins en application des articles 47, alinéa 4 et 146, alinéa 2;
- 2) pour les litiges lui déférés par un assuré ou par un prestataire de soins en application des articles 47, alinéa 2 et 51, alinéa 2.

Si, dans les litiges visés à l'alinéa 1, sous le numéro 1), la Commission de surveillance décide que c'est à tort que la Caisse nationale de santé a refusé le paiement ou opéré un redressement des factures présentées, elle prononce le paiement ou le redressement qui s'impose au profit du prestataire de soins.

Dans les litiges visés à l'alinéa 1, sous le numéro 2), la Caisse nationale de santé ou la caisse de maladie et, suivant le cas, l'assuré ou le prestataire de soins sont mis en intervention par le président de la Commission de surveillance. Si la Commission de surveillance décide que le prestataire n'a pas respecté les tarifs fixés en vertu des nomenclatures, des conventions ou des stipulations relatives au dépassement des tarifs, elle prononce la restitution à l'assuré de la somme indûment mise en compte. Dans le cas contraire, elle liquide les droits de l'assuré conformément aux lois, règlements et statuts.

Les décisions de la Commission de surveillance prises en application du présent article sont susceptibles d'un recours à introduire par l'institution d'assurance maladie ou d'assurance accident, l'assuré ou le prestataire de soins devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

L'appel est porté devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale quelle que soit la valeur du litige. L'appel a un effet suspensif.“ “

Commentaire

Afin de tenir compte des observations du Conseil d'Etat, l'article 72bis du CSS est rétabli dans sa teneur actuelle afin de maintenir le champ de compétence de la voie de recours administratif interne pour les décisions individuelles, sauf à y apporter une adaptation de renvoi suite à la réforme de l'assurance accident.

Amendement 13

L'article 1er, point 42 du projet de loi est modifié comme suit:

„42° L'article 73 du Code de la sécurité sociale prend la teneur suivante:

„**Art. 73.** La Commission de surveillance est en outre compétente pour examiner les rapports d'activité au sens de l'article 418 lui soumis par le directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale, ainsi que les faits signalés par le président de la Caisse nationale de santé ou le président d'une caisse de maladie susceptibles de constituer une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles auxquelles sont astreints les prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, ainsi que les personnes placées sous leur autorité ou agissant pour leur compte. Le directeur et les présidents peuvent déléguer ce pouvoir à un fonctionnaire ou employé dirigeant de leur administration ou institution.

L'instruction a pour objet de constater dans le chef des prestataires visés à l'article 61, alinéa 2:

- 1) l'inobservation des dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ayant abouti ou tenté d'aboutir à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation de soins de santé ou en espèces par l'assurance maladie-maternité;
- 2) le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fautive, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information par l'institution de sécurité sociale compétente ou par le Contrôle médical de la sécurité sociale;
- 3) les agissements ayant pour effet de faire obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'institution de sécurité sociale compétente;
- 4) les manquements aux formalités administratives imposées par les dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles;
- 5) le refus du prestataire de reporter dans le dossier de soins partagé les éléments issus de chaque acte ou consultation, dès lors que l'assuré ne s'est pas explicitement opposé au report de cet acte ou consultation dans son dossier de soins partagé;
- 6) la prescription ou l'exécution de prestations superflues ou inutilement onéreuses en violation de l'article 23, alinéa 1;
- 7) les agissements exposant l'assuré à des dépassements d'honoraires non conformes aux dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles.

La Commission de surveillance peut procéder à des mesures d'investigation qu'elle peut déléguer au président ou au vice-président. Elle peut recourir aux services d'experts et demander l'avis à la Cellule d'expertise médicale.

Si, à la clôture de son instruction, la Commission de surveillance estime être en présence d'une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles au sens de l'alinéa 2, elle renvoie l'affaire devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

La Commission de surveillance peut préalablement à sa décision de renvoi décider de recourir à une médiation débouchant le cas échéant sur une transaction s'il lui apparaît qu'une telle mesure est susceptible de mettre fin aux pratiques contraires aux dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles visées à l'alinéa 2 tout en assurant la réparation du préjudice économique subi par la Caisse nationale de santé.“ “

Commentaire

Le présent amendement tient compte des réserves avancées par le Conseil d'Etat. Ainsi le droit d'inspection du directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale est-il supprimé. La disposition relative à la transaction est reformulée afin de faire clairement ressortir qu'elle peut seulement porter sur la réparation du préjudice économique. L'énumération détaillée des faits susceptibles de faire l'objet d'une instruction devant la Commission de surveillance est maintenue.

Amendement 14

L'article 1er, point 43 du projet de loi est modifié comme suit:

„43° A la suite de l'article 73 il est inséré un nouvel article 73bis libellé comme suit:

„**Art. 73bis.** Pour les affaires renvoyées par la Commission de surveillance, le Conseil arbitral de la sécurité sociale examine le rapport d'instruction de la Commission de surveillance

et peut, après une procédure contradictoire en présence du prestataire, d'une part, et du directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale ou de son délégué ou bien du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué, d'autre part, prononcer à l'encontre du prestataire concerné, en fonction de la nature et de la gravité des faits dont il est reconnu coupable:

- 1) une amende d'ordre au profit de la Caisse nationale de santé, ne pouvant dépasser vingt cinq mille euros. En cas de récidive dans un délai de deux ans l'amende d'ordre ne peut être ni inférieure à vingt-cinq mille euros ni supérieure à cinq cent mille euros;
- 2) la restitution, à la Caisse nationale de santé, des montants indûment perçus, augmentés des intérêts légaux;
- 3) la soumission obligatoire et exclusive, pendant une période de cinq ans au plus, du prestataire au régime conventionnel prévoyant une prise en charge directe par la Caisse nationale de santé de toutes les prestations effectuées pour compte des assurés;
- 4) la limitation du nombre d'actes et de services professionnels par assuré en moyenne que le prestataire ne peut pas dépasser pendant une période future de trois années au plus, sous peine de restitution des honoraires afférents. Ce maximum peut s'appliquer à tout ou partie de l'activité du prestataire.

Les jugements du Conseil arbitral de la sécurité sociale sont susceptibles d'appel devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale quelle que soit la valeur du litige. L'appel qui, sous peine de forclusion, doit intervenir dans les quarante jours de la notification du jugement du Conseil arbitral de la sécurité sociale, a un effet suspensif.

Les montants à payer ou à restituer par le prestataire en application des dispositions du présent article ou de celui qui précède peuvent être compensés par la Caisse nationale de santé avec d'autres créances du prestataire ou être recouverts par le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 429.“ “

Commentaire

Le présent amendement tient compte des observations du Conseil d'Etat. Ainsi le cumul des sanctions administratives et pénales pour les mêmes faits est-il supprimé. De même, la condamnation solidaire est supprimée. Les sanctions administratives sont celles du projet de loi: une amende d'ordre plus significative que celle de l'article 73 actuel, la restitution du montant fraudé à titre de réparation, la soumission limitée au tiers payant et la limitation du nombre des actes, figurant déjà actuellement à l'article 73 du CSS. Par ailleurs la publication du jugement du Conseil arbitral est supprimée et le terme „jugement“ remplace celui de „décision“.

Amendement 15

L'article 1er, point 51 du projet de loi est supprimé.

Commentaire

Afin de tenir compte des observations du Conseil d'Etat quant à la Commission de surveillance, l'article 146, alinéa 2 du CSS est rétabli dans sa teneur actuelle, à savoir:

„Tout litige opposant un prestataire de soins à l'Association d'assurance accident dans le cadre de la prise en charge directe prévue à l'article 98 fait l'objet d'une décision du président ou de son délégué. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par le prestataire dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par la Commission de surveillance prévue à l'article 72, ou, s'il s'agit d'un hôpital, par la Commission des budgets hospitaliers prévue à l'article 77.“

Amendement 16

L'article 1er, point 58 du projet de loi est modifié comme suit:

„58° L'article 393 du Code de la sécurité sociale prend la teneur suivante:

„**Art. 393.** (1) La Commission de surveillance instituée par l'article 72, composée conformément au paragraphe 3 du présent article, est également compétente pour connaître des litiges lui déférés par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance ou par un des prestataires visés aux articles 389, 390 et 391 au sujet de l'application des lois, règlements ou conventions

prévues au livre V du présent Code. Lorsque le litige porte sur la facturation de prestations à charge de l'assurance dépendance, la Commission de surveillance prononce la restitution des sommes indûment mises en compte par le prestataire ou, suivant le cas, la liquidation en faveur du prestataire, des créances indûment retenues par l'organisme gestionnaire. Les décisions de la Commission de surveillance sont susceptibles d'un recours à introduire par les parties au litige devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

(2) La Commission de surveillance est également compétente pour instruire les affaires qui sont portées devant elle par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance sur base des faits signalés par le chargé de direction de la Cellule d'évaluation et d'orientation ou par son délégué susceptibles de constituer une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles auxquelles sont astreints les prestataires visés aux articles 389, 390, 391 et 394, ainsi que les personnes placées sous leur autorité ou agissant pour leur compte.

L'instruction a pour objet de constater dans le chef des prestataires visés aux articles 389, 390, 391 et 394:

- 1) toute inobservation des dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ayant abouti ou tenté d'aboutir à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation en nature ou en espèces par l'assurance dépendance;
- 2) le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fautive, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information par l'institution de sécurité sociale compétente ou par la Cellule d'évaluation et d'orientation;
- 3) tout agissement ayant pour effet de faire obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'institution de sécurité sociale compétente ou de la Cellule d'évaluation et d'orientation;
- 4) tout manquement aux formalités administratives imposées par les dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles;
- 5) le refus du prestataire de reporter dans le dossier de soins partagé les éléments issus de chaque acte ou consultation, dès lors que l'assuré ne s'est pas explicitement opposé au report de cet acte ou consultation dans son dossier de soins partagé;
- 6) la prescription ou l'exécution de prestations superflues ou inutilement onéreuses en violation de l'article 349, alinéa 3.

(3) Pour chaque affaire le président désigne les quatre délégués suivant les modalités suivantes:

- 1) deux délégués sont choisis par le président sur une liste de dix personnes établie par le comité directeur de la Caisse nationale de santé composé conformément à l'article 381. Six délégués figurant sur cette liste représentent les secteurs visés aux points 1 à 4 de l'article 46 et quatre délégués les secteurs visés aux points 5 à 7 du même article;
- 2) deux délégués sont choisis par le président sur une liste de dix personnes établie par chaque groupement professionnel signataire d'une convention prévue à l'article 388bis.

A défaut de listes présentées par le comité directeur de la Caisse nationale de santé composé conformément à l'article 381 ou par les groupements professionnels signataires d'une convention prévue à l'article 388bis, il appartient au ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions de les établir.

Le chargé de direction de la Cellule d'évaluation et d'orientation ou son délégué peut assister avec voix consultative aux réunions de la commission.

L'article 72, alinéas 1 et 5 sont applicables.“ “

Amendement 17

L'article 1er, point 59 du projet de loi est modifié comme suit:

„59° L'article 393bis du Code de la sécurité sociale prend la teneur suivante:

„**Art. 393bis.** Dans le cadre de son instruction visée à l'article 393, paragraphe 2, la Commission de surveillance convoque le ou les prestataires pour les entendre dans leurs expli-

cations. Elle peut décider la mise en intervention du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué et du chargé de direction de la Cellule d'évaluation et d'orientation ou de son délégué. Elle peut décider la jonction d'affaires.

La Commission de surveillance peut procéder à toute mesure d'investigation qu'elle peut déléguer au président ou au vice-président. Elle peut recourir au service d'experts et demander un avis à la Cellule d'évaluation et d'orientation.

Si, à la clôture de son instruction, la Commission de surveillance estime être en présence d'une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles au sens de l'article 393, paragraphe 2, alinéa 2, elle renvoie l'affaire devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

La Commission de surveillance peut préalablement à sa décision de renvoi décider de recourir à une médiation débouchant le cas échéant sur une transaction s'il lui apparaît qu'une telle mesure est susceptible de mettre fin aux pratiques contraires aux dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles visées à l'article 393, paragraphe 2, alinéa 2, tout en assurant la réparation du préjudice économique subi par la Caisse nationale de santé.“ “

Amendement 18

L'article 1er, point 60 du projet de loi est modifié comme suit:

„60° A la suite de l'article 393bis il est inséré un nouvel article 393ter ayant la teneur suivante:

„**Art. 393ter.** Pour les affaires renvoyées par la Commission de surveillance, le Conseil arbitral de la sécurité sociale examine le rapport d'instruction de la Commission de surveillance et peut, après une procédure contradictoire en présence du prestataire, d'une part, et du chargé de direction de la Cellule d'évaluation et d'orientation ou de son délégué ou bien du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué, d'autre part, prononcer à l'encontre du prestataire concerné, en fonction de la nature et de la gravité des faits dont il est reconnu coupable:

- 1) une amende d'ordre au profit de l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance, ne pouvant dépasser vingt-cinq mille euros. En cas de récidive dans un délai de deux ans l'amende d'ordre ne peut être ni inférieure à vingt-cinq mille euros ni supérieure à cinq cent mille euros.
- 2) la restitution, à la Caisse nationale de santé, des montants indûment perçus, augmentés des intérêts légaux;

Les jugements du Conseil arbitral de la sécurité sociale sont susceptibles d'appel devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale quelle que soit la valeur du litige. L'appel qui, sous peine de forclusion, doit intervenir dans les quarante jours de la notification du jugement du Conseil arbitral de la sécurité sociale a un effet suspensif.

Les montants à payer ou à restituer par le prestataire en application des dispositions du présent article peuvent être compensés par la Caisse nationale de santé avec d'autres créances du prestataire ou être recouvrés par le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 429.“ “

Commentaire

Pour les amendements 16 à 18 relatifs à la Commission de surveillance il y a lieu de se reporter au commentaire des amendements 12 à 15.

Amendement 19

L'article 1er, point 61 du projet de loi est modifié comme suit:

„61° L'article 418 du Code de la sécurité sociale prend la teneur suivante:

„**Art. 418.** Une administration de l'Etat dénommée „Contrôle médical de la sécurité sociale“, placée sous la haute autorité du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale a dans ses attributions:

- 1) la constatation, de l'incapacité de travail au sens de l'article 9 du Code de la sécurité sociale;
- 2) la constatation de l'invalidité selon les critères de l'article 187 du même Code;

- 3) la constatation du préjudice physiologique et d'agrément et, le cas échéant, la fixation de son taux définitif sur base du barème visé à l'article 119;
- 4) les avis et examens médicaux en vue de déterminer les douleurs physiques endurées et le préjudice esthétique sur base des échelles visées à l'article 120;
- 5) les avis et examens médicaux en relation avec la perte de salaire en matière d'assurance accident, les procédures de reclassement ou les mesures de reconversion professionnelle;
- 6) les examens de contrôle périodiques en relation avec l'incapacité de travail, l'hospitalisation et les cures;
- 7) l'autorisation de la prise en charge des traitements médicaux, médico-dentaires et paramédicaux, pour autant qu'elle est prescrite par les lois, règlements ou statuts, et leur surveillance;
- 8) l'avis au sujet des normes à établir par les statuts conformément à l'article 23 en vue de définir la consommation abusive de soins de santé par les assurés;
- 9) la constatation au moyen des rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes établis par la Caisse nationale de santé par voie informatique selon les modalités arrêtées en vertu de l'article 64, alinéa 2, point 5) avec la collaboration du Centre commun de la sécurité sociale, sur base de la banque de données afférente de l'Association d'assurance accidents, de la Caisse nationale de santé et des caisses de maladie, de toute déviation injustifiée de l'activité professionnelle du prestataire;
- 10) l'étude, l'examen et la recommandation de mesures appropriées en matière de prévention et de réadaptation;
- 11) l'autorisation de la prise en charge de prothèses, orthèses et épithèses de tous genres, la surveillance de leur mise en place en bonne et due forme et le contrôle périodique afférent;
- 12) la vérification et le contrôle périodique des maladies ou infirmités donnant droit à des indemnités ou subventions à charge d'institutions ou de services à caractère social conformément aux dispositions légales, réglementaires ou statutaires;
- 13) les avis et examens médicaux en vue de l'octroi des cartes de priorité et d'invalidité;
- 14) la participation à l'établissement de statistiques concernant l'état de santé des personnes protégées;
- 15) la participation à l'information et à la formation continue du corps médical en matière de législation sociale;
- 16) les avis à fournir à la demande de la Caisse nationale de santé, notamment en matière de médicaments visés aux articles 22, 22bis et 22ter et des prestations de soins;
- 17) la constatation du droit aux soins palliatifs;
- 18) l'assistance à la Caisse nationale de santé dans le cadre du contrôle des mémoires d'honoraires établis par les prestataires de soins;
- 19) la saisine de la Commission de nomenclature en vue de l'introduction de nouveaux actes, de la précision du libellé d'actes litigieux ou de la révision d'actes existants.

Les attributions prévues à l'alinéa 1, points 1) à 6) et 12), sont exercées également pour les incapacités de travail indemnisées au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail, suivant des critères à définir par les statuts de la Caisse nationale de santé.

Les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale à caractère médical et à portée individuelle s'imposent aux institutions et administrations concernées qui peuvent demander de la part du Contrôle médical la motivation de son avis en vue d'appuyer leur position devant le Conseil arbitral et le Conseil supérieur de la sécurité sociale. Sans préjudice des dispositions qui précèdent, le Conseil arbitral et le Conseil supérieur de la sécurité sociale peuvent en tout état de cause instituer des experts indépendants. Si l'avis du Contrôle médical a été contredit par expertise médicale en première instance, l'institution ou l'administration concernée juge elle-même de l'opportunité de l'appel.

Si pour une même personne il y a contrariété entre les avis d'un médecin-conseil du Contrôle médical de la sécurité sociale et la Cellule d'évaluation et d'orientation, l'affaire est portée

devant le médecin directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale qui arrête l'avis définitif.

En vue de l'attribution visée à l'alinéa 1, point 9, le Contrôle médical de la sécurité sociale est autorisé à créer une banque de données des incapacités de travail de tous les assurés. Les employeurs sont tenus de transmettre au Contrôle médical de la sécurité sociale, le cas échéant, sur support informatique les données nominatives concernant les congés de maladie des personnes relevant des caisses visées à l'article 44. " "

Commentaire

Le point 9) reprend la proposition de texte du Conseil d'Etat et afin de tenir compte de la réserve du Conseil d'Etat quant au pouvoir d'instruction du Contrôle médical de la sécurité sociale dans le cadre de l'instruction devant la Commission de surveillance, le point 19) est supprimé.

Amendement 20

Le point 65 du projet de loi est supprimé.

Commentaire

Afin de tenir compte des observations du Conseil d'Etat, l'article 421 du Code de la sécurité sociale est rétabli dans sa teneur actuelle, à savoir:

„Les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale ne peuvent s'immiscer dans les rapports du malade et du médecin traitant. Ils doivent s'abstenir de formuler devant le malade un diagnostic ou une appréciation sur le traitement.

Les médecins traitants sont tenus de fournir sous pli fermé aux médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale toutes indications concernant le diagnostic et le traitement.

Toutes les fois qu'ils le jugent utile dans l'intérêt du malade ou des missions de contrôle et de surveillance, les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale doivent entrer en rapport avec le médecin traitant, toutes les précautions étant prises pour que le secret professionnel soit respecté. Pour la fixation du degré de l'incapacité de travail, ils prennent l'avis d'hommes de l'art toutes les fois qu'ils le jugent nécessaire.“

Amendement 21

L'article 1er, point 67 du projet de loi est supprimé.

Commentaire

Afin de tenir compte des observations du Conseil d'Etat relatives à la Commission de surveillance il y a lieu de revenir pour la composition du Conseil arbitral de la sécurité sociale au texte actuel de l'article 454, paragraphe 4 du Code de la sécurité sociale, à savoir:

„(4) Pour les litiges visés aux articles 72bis et 73, les deux assesseurs visés à l'alinéa 1 du paragraphe qui précède sont choisis parmi les trois assesseurs nommés pour une durée de cinq ans par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale respectivement sur base d'une liste de candidats présentée en nombre double par le ou les groupements professionnels ayant signé chacune des conventions prévues à l'article 61, alinéa 2 ainsi que sur base d'une liste de candidats à présenter en nombre double par le comité directeur de la Caisse nationale de santé.“

Amendement 22

L'article 1er, point 68 du projet de loi est supprimé.

Commentaire

Afin de tenir compte des observations du Conseil d'Etat relatives à la Commission de surveillance il y a lieu de revenir pour la composition du Conseil supérieur de la sécurité sociale au texte actuel de l'article 454, paragraphe 7, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, à savoir:

„Sauf dans les cas prévus aux articles 59, 62, 70, 72bis, 73, 318, 382, 457 du présent Code et à l'article 24 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension, le Conseil supérieur de la sécurité sociale se compose en outre de deux assesseurs

nommés pour une durée de cinq ans par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. Les dispositions du paragraphe 3 sont applicables.“

Amendement 23

A l'article 2, point 4 du projet de loi, l'article 7, paragraphe 1 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers prend la teneur suivante:

„(1) Lorsqu'il appert, au vu d'un rapport du Directeur de la Santé qu'un établissement ou service hospitalier:

- ne répond plus aux normes établies conformément à l'article 10 de la présente loi, ou*
- ne respecte pas les conditions particulières lui imposées dans l'intérêt de la santé publique conformément aux articles 2 et 4 de la présente loi, ou*
- contrevient de façon itérative aux dispositions de la présente loi,*

le ministre ayant dans ses attributions la Santé mettra l'organisme gestionnaire de l'établissement en question en demeure de se conformer aux normes dans un délai qu'il fixera et qui ne pourra pas être inférieur à une année ni dépasser cinq ans. Passé ce délai et à défaut par l'organisme gestionnaire de s'être conformé aux prescriptions, le ministre ayant dans ses attributions la Santé peut ordonner la fermeture de l'établissement ou du service après avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier. Ces avis doivent être fournis dans le mois de leur saisine.“

Commentaire

L'actuel article 4, alinéa 2, de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers prévoit déjà que l'autorisation ministérielle de création et d'extension de tout établissement hospitalier ou d'un service d'un tel établissement „peut être subordonnée à des conditions particulières imposées dans l'intérêt de la santé publique“.

Les auteurs du projet de loi entendaient préciser ces conditions particulières dans l'article 2 points 4 et 5 du projet de loi.

Le Conseil d'Etat a néanmoins estimé que cette précision n'avait aucune valeur normative supplémentaire par rapport au libellé actuel de l'article 4, alinéa 2 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers et qu'elle était dès lors à superfétatoire.

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale entend suivre la proposition du Conseil d'Etat en renonçant à cette précision.

Il résulte des modifications à la loi hospitalière actuellement retenues, que le renvoi à l'article 5 n'est plus justifié. Toutefois, comme l'article 4 actuellement en vigueur n'est pas modifié par le présent projet, un renvoi à cette disposition existante est à maintenir. Le renvoi à l'article 2 se justifie dans la mesure où le plan hospitalier peut fixer ce type de conditions, notamment un nombre minimal de médecins pouvant être associés.

Amendement 24

A l'article 2 le point 14 est supprimé,

Commentaire

Sans remettre en cause l'utilité des concepts et la nécessité de mise en œuvre des filières de soins et des centres de compétence, la Commission regrette à l'heure actuelle de ne pas disposer des éléments lui permettant de formuler une nouvelle proposition de cette disposition avec la précision requise par le Conseil d'Etat.

Amendement 25

A l'article 2, point 12 du projet de loi l'article 29 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers est complété comme suit:

„Des médecins-coordonateurs, nommés par l'organisme gestionnaire, participent au sein du département médical et sans préjudice des attributions de la direction médicale, au développement et à la coordination de l'activité médicale du service et du groupement de services hospitaliers

conformément aux objectifs du ou des projet(s) de service afférents et aux orientations du projet d'établissement.

Ils assurent des fonctions de coordination et de planification de l'activité médicale du ou des service(s) et veillent:

- au bon fonctionnement du ou des services et à la qualité des prestations;
- à la standardisation de la prise en charge de patients;
- à l'utilisation efficiente des ressources disponibles.

Ils exercent leurs missions en collaboration avec le responsable des soins et le pharmacien responsable.

Dans l'exercice de leurs missions ils disposent d'un droit de regard sur l'activité de tous les intervenants du ou des services.

Un règlement grand-ducal précise le statut, les missions et les attributions des médecins-coordonneurs, ainsi que les modalités de leur désignation. "

Commentaire

Les modifications apportées par le présent amendement à l'article 29 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers font suite aux observations formulées notamment par l'Entente des hôpitaux ainsi que par l'association la plus représentative des médecins.

Amendement 26

A l'article 2, point 13 du projet de loi l'article 31 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers prend la teneur suivante:

„Art. 31. Le médecin hospitalier est lié à l'établissement hospitalier soit par un contrat de travail, soit par un contrat de collaboration. Le médecin hospitalier exerce son activité à titre principal ou accessoire dans un ou plusieurs services hospitaliers sous sa propre responsabilité et sans lien de subordination sur le plan médical.

Le médecin:

- respecte le cadre défini par le règlement général visé à l'article 23;
- participe à la continuité des soins et des gardes;
- déclare et documente ses prestations effectuées à l'hôpital;
- participe à la démarche qualité et à la prévention des risques;
- utilise de manière efficiente les ressources disponibles. "

Les contrats de collaboration des prestataires de soins non salariés exerçant dans les hôpitaux et établissements hospitaliers spécialisés doivent correspondre à un contrat-type, dont le contenu minimal est arrêté d'un commun accord entre les différents groupements professionnels des prestataires de soins et les groupements des hôpitaux prévus à l'article 62 du code des assurances sociales. A défaut de cet accord, le ministre de la Santé peut arrêter le contrat-type.

Commentaire

L'amendement en question reprend la proposition du Conseil d'Etat, mais propose de viser directement le médecin hospitalier.

La modification proposée au dernier alinéa de l'article 31 vise à remplacer dans la première phrase le terme „d'agrément“ par „collaboration“. Il s'agit d'une simple adaptation de la terminologie aux termes utilisés à l'alinéa 1er de cette disposition.

Amendement 27

L'article 4 du projet de loi prend la teneur suivante:

„Art. 4. Par dérogation aux articles 65, alinéa 2, et 67 à 70 du Code de la sécurité sociale, les valeurs des lettres-clés des prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, points 1 à 7 et 12 sont maintenues par rapport à leur valeur applicable au 31 décembre 2010 au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 pour la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2012.

Toutefois pour la même période, et par dérogation à l'alinéa précédent, la valeur de la lettre-clé de la nomenclature des médecins est fixée à 0,51109 à l'indice 100, celle de la nomenclature des

médecins-dentistes est fixée à 0,62021 à l'indice 100 et celle de la nomenclature des infirmiers est fixée à 0,65251 à l'indice 100.“

Commentaire

Afin de suivre les observations du Conseil d'Etat qui par inadvertance matérielle supprime l'alinéa 2 de l'article 4 du projet de loi, le présent amendement reprend la proposition du Conseil d'Etat pour l'alinéa 1er de l'article 4 et rétablit l'alinéa 2 de l'article 4.

Amendement 28

L'article 5 du projet de loi prend la teneur suivante:

„**Art. 5.** Par dérogation à l'article 65 du Code de la sécurité sociale, un règlement grand-ducal détermine les réductions nécessaires à opérer sur les coefficients des actes et services prévus dans les nomenclatures des médecins et des médecins-dentistes applicables au 31 décembre 2010, afin de dégager au profit de l'assurance maladie-maternité une économie correspondant pour l'exercice 2011 par rapport aux dépenses arrêtées dans le décompte de 2009 de la Caisse nationale de santé, à un montant de 6 millions d'euros au minimum et de 6,5 millions d'euros au maximum.

La Caisse nationale de santé et les groupements professionnels représentatifs des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique déterminent, dans le cadre et suivant les modalités prévues à l'article 65 du Code de la sécurité sociale, les adaptations à apporter aux coefficients des actes de la nomenclature afférente, afin de dégager au profit de l'assurance maladie-maternité une économie correspondant pour l'exercice 2011, par rapport aux dépenses arrêtées dans le décompte de l'exercice 2009 de la Caisse nationale de santé, à un montant de 2 millions d'euros au minimum et de 2,5 millions d'euros au maximum. Au cas où les mesures susceptibles d'engendrer les économies prévues ne peuvent entrer en vigueur pour le 1er avril 2011, les adaptations tarifaires correspondantes sont opérées par dérogation aux dispositions de l'article 65 précité par voie de règlement grand-ducal.“

Commentaire

Afin de tenir compte des observations du Conseil d'Etat les prestataires concernés sont nommément mis dans l'article et les renvois au CSS sont supprimés.

Amendement 29

L'article 6 du projet de loi prend la teneur suivante:

„**Art. 6.** Par dérogation à l'article 74 du Code de la sécurité sociale, la progression annuelle, au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948, de l'enveloppe budgétaire globale pour la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2012 par rapport à l'année 2010 est fixée à 3 pour cent.

L'article 77 est suspendu pour les années 2011 et 2012.

Chaque établissement hospitalier soumet son budget pour les deux exercices à venir au plus tard le 1er mars 2011 à la Caisse nationale de santé.

Avant le 1er mai 2011, la Caisse nationale de santé soumet par écrit tout différend éventuel à une commission des budgets hospitaliers instituée dans le cadre de la convention prévue à l'article 75. Cette commission est composée de deux représentants de la Caisse nationale de santé et de deux représentants des hôpitaux, dont un de l'hôpital concerné, ainsi que d'un président désigné d'un commun accord par les parties. Si les parties ne s'entendent pas sur la personne du président, celui-ci est désigné d'après les modalités prévues à l'article 69, alinéa 2.

La commission est chargée d'une mission de conciliation dans le cadre de l'établissement des budgets à arrêter entre la Caisse nationale de santé et les différents hôpitaux. Si la commission ne parvient pas à concilier les parties dans les deux mois de la saisine, elle tranche le litige en dernier ressort avant le 1er juillet 2011.“

Commentaire

A l'article 6, alinéa 1er il est précisé qu'il s'agit d'une progression indiciaire.

Amendement 30

L'article 14 du projet de loi prend la teneur suivante:

„Art. 14. L'Etat prend en charge, jusqu'au 31 décembre 2013, une dotation annuelle de 20 millions d'euros au profit de l'assurance maladie-maternité destinée à compenser de façon forfaitaire les charges supplémentaires incombant à la Caisse nationale de santé du fait de l'incorporation des prestations en espèces de maternité dans le régime général de l'assurance maladie-maternité.

L'Inspection générale de la sécurité sociale est chargée d'évaluer cette somme avant l'échéance susvisée.“

Commentaire

La formulation du Conseil d'Etat est reprise, sauf à redresser l'erreur matérielle de la date, à savoir 2013 au lieu de 2010.

*

Je vous saurais gré, Monsieur le Président, si le Conseil d'Etat pouvait émettre son avis complémentaire dans un délai permettant à la Chambre des Députés de voter le projet de loi dans la séance publique du 16 décembre 2010.

*

Copie de la présente est adressée pour information à M. Mars di Bartolomeo, Ministre de la Santé, Ministre de la Sécurité sociale, et à Mme Octavie Modert, Ministre aux Relations avec le Parlement.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération très distinguée.

Le Président de la Chambre des Députés,
Laurent MOSAR

*

TEXTE COORDONNE**PROJET DE LOI 6196**

portant réforme du système de soins de santé et modifiant:

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

- les textes repris du Conseil d'Etat figurant en italiques
- les amendements parlementaires sont imprimés en caractères gras

Art. 1er. Le Code de la sécurité sociale est modifié comme suit:

1° L'article 2, alinéa 1 prend la teneur suivante:

„La personne qui est âgée de dix-huit ans au moins, qui réside au Grand-Duché de Luxembourg et qui perd la qualité d'assuré obligatoire ou la protection en qualité de membre de famille au sens de l'article 7 après en avoir bénéficié pendant une période continue de six mois précédant immédiatement la perte de cette qualité, peut demander à continuer son assurance. La condition de continuité ne vient pas à défaillir par une interruption de moins de huit jours. La demande doit être présentée au Centre commun de la sécurité sociale sous peine de forclusion dans un délai trois mois suivant la perte de l'affiliation.“

2° L'article 8 prend la teneur suivante:

„Art. 8. L'assurance a principalement pour objet, dans les limites fixées par la présente loi et les statuts:

- le paiement d'une prestation en espèces sous forme d'indemnité pécuniaire de maladie ou d'indemnité pécuniaire de maternité;

- la prise en charge des soins de santé;
- l'organisation et la prise en charge de mesures de médecine préventive et la participation à celles-ci;
- le paiement d'une indemnité funéraire.“

3° A l'article 10, l'alinéa 1 prend la teneur suivante:

„Pour les salariés, l'indemnité pécuniaire de maladie est calculée sur la base du revenu professionnel défini à l'article 34 relatif aux affiliations en cours au moment de la survenance de l'incapacité de travail et respectant les limites définies à l'article 39.“

4° L'article 12, alinéa 1er prend la teneur suivante:

„Pour les non-salariés, l'indemnité pécuniaire est calculée sur la base du revenu professionnel défini aux articles 35 et 36 relatif aux affiliations en cours au moment de la survenance de l'incapacité de travail et respectant les limites définies à l'article 39. Si la période indemnisée est inférieure à un mois, chaque jour est compté uniformément pour un trentième du mois. Toute modification du revenu professionnel implique le recalcul de l'indemnité pécuniaire.“

5° L'article 17 prend la teneur suivante:

„**Art. 17.** Sont pris en charge dans une mesure suffisante et appropriée:

- 1) les soins de médecine;
- 2) les soins de médecine dentaire;
- 3) les traitements effectués par des professionnels de santé;
- 4) les analyses de *biologie médicale*;
- 5) les orthèses, prothèses, épithèses et implants dentaires;
- 6) les médicaments, le sang humain et les composants sanguins;
- 7) les dispositifs médicaux;
- 8) les traitements effectués en milieu hospitalier;
- 9) les frais de séjour à l'hôpital en cas d'accouchement et en cas d'hospitalisation sauf pour le cas de simple hébergement;**
- 10) les cures thérapeutiques et de convalescence;
- 11) les soins de rééducations et de réadaptations fonctionnelles;
- 12) les frais de transport des malades;
- 13) les soins palliatifs suivant les modalités d'attribution précisées par règlement grand-ducal.

Est considéré comme simple hébergement le séjour à l'hôpital d'une personne pour laquelle les soins en vue de sa guérison, de l'amélioration de son état de santé ou de l'atténuation de ses souffrances peuvent être dispensés en dehors du milieu hospitalier. Ces critères peuvent être précisés par règlement grand-ducal.

Des mesures de médecine préventive peuvent être organisées en collaboration avec la Direction de la santé dans le cadre de conventions de partenariat conclues entre les ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale, la Caisse nationale de santé et, le cas échéant, des services spécialisés.“

6° L'article 19, alinéa 3 prend la teneur suivante:

„Cependant dans des cas ~~graves et~~ exceptionnels à constater par la Caisse nationale de santé sur base d'un certificat circonstancié du médecin traitant, l'acte ne figurant pas dans la nomenclature peut être pris en charge sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale qui fixe un tarif en assimilant cet acte à un autre acte de même importance.“

7° A la suite de l'article 19 il est inséré un nouvel article 19bis libellé comme suit:

„**Art. 19bis.** L'assuré peut désigner un médecin référent avec l'accord de celui-ci qui a pour missions:

- 1) d'assurer le premier niveau de recours aux soins;
- 2) d'assurer les soins de prévention et contribuer à la promotion de la santé;
- 3) de suivre régulièrement le contenu du dossier de soins partagé de l'assuré visé à l'article 60quater;

- 4) de superviser le parcours de l'assuré dans le système de soins de santé et de **sensibiliser** le patient par rapport aux risques liés aux doubles emplois, à la surconsommation et aux effets secondaires;
- 5) de coordonner les soins dans les cas de pathologies lourdes ou chroniques ou de soins de longue durée;
- 6) d'informer, d'orienter et de conseiller le patient dans son parcours de soins.

Un règlement grand-ducal détermine les modalités de désignation, de reconduction et de changement du médecin référent ainsi que de son remplacement en cas d'absence."

8° L'article 21 prend la teneur suivante:

„Art. 21. La prise en charge des actes, services et fournitures se fait suivant les conditions, modalités et taux déterminés par les statuts.“

9° L'article 22 prend la teneur suivante:

„Art. 22. (1) La prise en charge des médicaments dispensés dans les pharmacies ouvertes au public se fait selon une liste positive à publier au Mémorial.

Les décisions d'inscrire ou non un médicament sur la liste ou d'en exclure une catégorie ou un produit déterminé doivent être basées sur les critères découlant des articles 17, alinéa 1 et 23, alinéa 1.

Par dérogation aux dispositions prévues à l'article 23, alinéa 1, peuvent encore être inscrits sur la liste positive les médicaments homéopathiques unitaires fabriqués à partir d'une souche végétale, minérale ou chimique et commercialisés sous forme de globules, granules, comprimés ou gouttes.

La liste des médicaments est établie par les statuts, la Direction de la santé, division de la pharmacie et des médicaments et le Contrôle médical de la sécurité sociale demandés en leur avis. La décision d'exclure une catégorie de médicaments de cette liste s'opère dans la même forme.

Ne peuvent être inscrits sur la liste positive que des médicaments disposant d'une autorisation de mise sur le marché, d'un prix au public et pour lesquels le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché a introduit une demande auprès de la Caisse nationale de santé en vue de l'inscription du médicament sur la liste positive.

(2) Le président de la Caisse nationale de santé ou son délégué prend les décisions relatives:

- 1) à l'inscription ou non des médicaments sur la liste positive et décide du taux de prise en charge qui leur est applicable. Il décide pareillement de l'exclusion d'un médicament de la liste positive;
- 2) à la première inscription ou au retrait des médicaments de la liste des principes actifs soumis à la base de remboursement prévue à l'article 22bis.

Les décisions visées à l'alinéa précédent sous 1) sont prises sur base d'un avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale. Cet avis s'impose au président.

Les décisions du président ou de son délégué sont acquises à défaut d'une opposition écrite formée par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché dans les quarante jours de la notification. L'opposition, qui est suspensive, est vidée par le comité directeur.

(3) Pour des motifs d'intérêt général ou de santé publique, des médicaments répondant aux critères définis selon le paragraphe 1, alinéa 2, mais pour lesquels aucune demande n'a été introduite, peuvent être inscrits d'office sur la liste positive par le comité directeur de la Caisse nationale de santé, la Direction de la santé, division de la pharmacie et des médicaments et le Contrôle médical de la sécurité sociale demandés en leur avis.

(4) Un règlement grand-ducal précise les critères et détermine la procédure relative à l'inscription ou non d'un médicament sur la liste positive ou à son exclusion de ladite liste. Ce même règlement peut préciser les critères et déterminer la procédure relative à l'inscription des dispositifs médicaux dans les listes statutaires de l'assurance maladie.“

10° A la suite de l'article 22 il est inséré un nouvel article 22bis libellé comme suit:

„Art. 22bis. La Direction de la santé établit sur base de la classification scientifique internationale dénommée „Anatomical therapeutical chemical classification“ de l'Organisation mondiale

de la santé une liste des groupes de médicaments, appelés groupes génériques, comportant un même principe actif principal qui n'est pas ou n'est plus protégé par un brevet dans le pays de provenance du médicament. Cette liste est mise à jour mensuellement et communiquée à la Caisse nationale de santé. Sur cette liste la Direction de la santé distingue les médicaments pour lesquels il peut y avoir substitution par un autre médicament du même groupe, sous condition qu'ils aient

- la même composition qualitative et quantitative en principe actif;
- la même forme pharmaceutique;
- une bioéquivalence démontrée par des études de biodisponibilité appropriées avec un médicament de référence faisant partie du groupe générique;
- ou, en l'absence de médicament de référence, un profil de sécurité et d'efficacité équivalent.

Sur base de la liste visée à l'alinéa 1, la Caisse nationale de santé fixe pour tous les médicaments inscrits dans la liste positive et susceptibles de substitution, appartenant au même groupe de principe actif principal, une base de remboursement qui constitue le montant sur lequel porte, par conditionnement, la prise en charge de l'assurance maladie-maternité.

La base de remboursement est calculée en fonction de critères relatifs au dosage, à la forme pharmaceutique, à la voie d'administration et au conditionnement des médicaments du groupe à même principe actif principal. Le calcul de la base de remboursement tient compte du prix public unitaire des médicaments composant chaque groupe en comparant le prix public unitaire le plus élevé avec le prix public unitaire le moins élevé. Les modalités de calcul de la base de remboursement sont précisées par règlement grand-ducal.

La liste des groupes de médicaments soumis à une base de remboursement est publiée au Mémorial.

Par dérogation à l'article 5 du règlement No IV dénommé „sur les devoirs spéciaux des pharmaciens et droguistes“ de l'arrêté royal grand-ducal du 12 octobre 1841 portant règlement du service médical, le pharmacien informe l'assuré lors de la délivrance du médicament qu'il s'agit d'un médicament inscrit sur la liste des groupes de médicaments soumis à une base de remboursement et lui propose une substitution par le médicament le plus économique du même groupe.“

11° A la suite de l'article 22bis il est inséré un nouvel article 22ter libellé comme suit:

„**Art. 22ter.** Par dérogation à l'article 2, alinéa 1 de la loi modifiée du 17 novembre 2004 relative à la concurrence, les décisions relatives à la fixation des prix des médicaments à usage humain sont prises par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Les critères, les conditions et la procédure se rapportant à cette fixation sont déterminés par règlement grand-ducal.“

12° L'article 23, alinéa 2 est modifié comme suit:

„Les statuts de la Caisse nationale de santé prévoient à titre de sanction l'avertissement, la domiciliation auprès d'un prestataire déterminé, une participation plus élevée ou le refus de la prise en charge des prestations dans le chef d'assurés dont la consommation de prestations à charge de l'assurance maladie est considérée comme abusive d'après des normes y établies, le Contrôle médical de la sécurité sociale entendu en son avis. L'assuré doit restituer les prestations indûment touchées. Les montants à payer ou à restituer par l'assuré peuvent être compensés par la Caisse nationale de santé avec d'autres créances de l'assuré ou être recouvrés par le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 429.“

13° L'article 24 prend la teneur suivante:

„**Art. 24.** Les prestations de soins de santé sont accordées, soit sous forme de remboursement par la Caisse nationale de santé et les caisses de maladie aux personnes protégées qui ont fait l'avance des frais, soit sous forme de prise en charge directe par la Caisse nationale de santé, le prestataire de soins n'ayant dans ce dernier cas d'action contre la personne protégée que pour la participation statutaire éventuelle de celle-ci. A défaut de disposition conventionnelle contraire, le mode de la prise en charge directe ne s'applique qu'aux actes, services et fournitures ci-après:

- 1) *les analyses de biologie médicale;*
- 2) en cas de traitement en milieu hospitalier, l'ensemble des frais de traitement **à l'exception des honoraires médicaux;**

- 3) les médicaments;
- 4) la rééducation et la réadaptation fonctionnelles dans un établissement spécialisé;
- 5) la transfusion sanguine;
- 6) les actes des professions de santé visées à l'article 61, alinéa 2, point 3), des établissements d'aides et de soins ainsi que des réseaux d'aides et de soins visés aux articles 389 à 391 disposant d'un contrat d'aides et des soins avec la Caisse nationale de santé.

La prise en charge directe est encore accordée en cas d'indigence de la personne protégée dûment documentée par une attestation établie par l'office social en charge, suivant les modalités déterminées par les dispositions statutaires et conventionnelles.

La Caisse nationale de santé envoie périodiquement à l'assuré un relevé des prestations lui fournies par voie de prise en charge directe."

14° L'article 26 est abrogé.

15° L'article 28, alinéa 2 prend la teneur suivante:

„En dehors des revenus de placement et d'autres ressources diverses, les ressources nécessaires sont constituées par des cotisations dont une part est fixée en application du taux de cotisation visé à l'article 29 et une autre part en application du pourcentage fixé à l'article 31."

16° L'article 29 prend la teneur suivante:

„**Art. 29.** Le taux de cotisation est fixé de manière à couvrir toutes les charges de l'assurance maladie-maternité, y compris la dotation à la réserve et le remboursement à la Mutualité des charges résultant de l'article 54, alinéas 2 et 3. Ce taux de cotisation s'applique à l'assiette visée à l'article 33.

Pour les assurés ayant droit à une prestation en espèce le taux de cotisation est majoré de 0,5 pour cent, avec comme assiette le revenu professionnel visé aux articles 34 à 37, tout en respectant les limites définies à l'article 39."

17° L'article 30 prend la teneur suivante:

„**Art. 30.** Le taux de cotisation est refixé par le comité directeur avec effet au premier janvier de l'année pour laquelle le budget fait apparaître que le montant de la réserve prévue à l'article 28, alinéa 1, se situe en dehors des limites y prévues.

Si dans les conditions prévues à l'alinéa qui précède, le comité directeur n'a pas refixé le taux au 1er décembre, celui-ci est arrêté par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Le taux de cotisation refixé est publié au Mémorial."

18° L'article 31, alinéa 1 prend la teneur suivante:

„L'Etat supporte quarante pour cent des cotisations."

19° L'article 32 est modifié comme suit:

a) L'alinéa 1, premier tiret prend la teneur suivante:

„– par parts égales aux assurés et aux employeurs en ce qui concerne les assurés visés à l'article 1er sous 1), 2), et 3);"

b) L'alinéa 1, 3e tiret prend la teneur suivante:

„– entièrement à charge de l'employeur en ce qui concerne les membres de l'armée, de la police grand-ducale ainsi que le personnel des établissements pénitentiaires et le personnel du Centre de rétention;"

c) L'alinéa 1, 4e tiret prend la teneur suivante:

„– par parts égales aux assurés et aux institutions débitrices des prestations en cause en ce qui concerne les assurés visés à l'article 1er sous 8), 9), 10), 11) et 20);"

d) L'alinéa 1, 6e tiret est complété par les termes „et 14)";

e) L'alinéa 1, 8e tiret prend la teneur suivante:

„– à l'Etat en ce qui concerne les assurés visés à l'article 1er, sous 7), 13), 15), 16), 17), et 19)";

20° L'article 33 prend la teneur suivante:

„**Art. 33.** L'assiette de cotisation comprend:

- 1) le revenu professionnel visé aux articles 34 à 37 ainsi que les gratifications, participations et autres avantages même non exprimés en espèces dont l'assuré jouit en raison de son occupation

soumise à l'assurance, à l'exclusion toutefois des majorations sur les heures supplémentaires; la valeur des rémunérations en nature est portée en compte suivant la valeur fixée par règlement grand-ducal;

- 2) l'ensemble des pensions et rentes de l'assuré visées à l'article 1er, alinéa 1, numéros 8) et 9);
- 3) tout revenu de remplacement sur lequel une retenue de cotisation au titre de la législation luxembourgeoise sur l'assurance maladie est prévue.

Pour les assurés volontaires, l'assiette de cotisation est fixée dans le cadre du règlement grand-ducal prévu à l'article 2, alinéa 4.

Pour les membres d'associations religieuses et les personnes qui leur sont assimilées, occupés dans un établissement appartenant à leur congrégation, l'assiette cotisable est constituée par le salaire social minimum de référence pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans au moins.

Pour les personnes bénéficiant d'un régime de pension spécial ou d'un régime de pension transitoire spécial pour les fonctionnaires et pour les personnes leur assimilées, l'assiette de cotisation est constituée par les éléments de rémunération visés aux articles 60, 80 et 85 de la loi du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois, y compris l'allocation de fin d'année.“

21° L'article 38 est abrogé.

22° L'article 40 est abrogé.

23° A l'article 43, les alinéas 1 et 2 prennent la teneur suivante:

„La personne âgée de plus de soixante-huit ans et assurée du chef d'une occupation, a droit sur demande au remboursement par année civile des cotisations à sa charge dues, le cas échéant, pour le financement des prestations en espèces.

Lorsque par suite du cumul de plusieurs activités ou prestations soumises à l'assurance, l'assiette de cotisation totale d'un assuré dépasse le maximum défini à l'article 39, alinéa 5, l'assuré a droit sur demande au remboursement par année civile de la part de cotisations correspondant à la différence lui incombant conformément à l'article 32 pour le financement des soins de santé et des prestations en espèces.“

24° L'article 46, alinéa 4 prend la teneur suivante:

„En matière de frais de soins de santé avancés par les assurés, d'indemnités pécuniaires de maladie et de maternité, d'indemnité funéraire concernant des assurés de la Caisse nationale de santé, le comité directeur siège en l'absence des délégués visés à l'alinéa 1, sous 2), 3) et 4), qui sont remplacés en l'occurrence par trois suppléants désignés par la Chambre des salariés parmi les suppléants des délégués visés à l'alinéa 1, sous 1.“

25° L'article 47 prend la teneur suivante:

„Art. 47. A la demande de l'assuré, toute question à portée individuelle à son égard en matière de prestations ou d'amendes d'ordre peut faire l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité directeur.

Tout litige au sujet d'un tarif en application des nomenclatures ou des conventions ou au sujet d'un dépassement des tarifs visés à l'article 66, alinéa 3 fait l'objet d'une décision du président du comité directeur ou de son délégué. Cette décision est notifiée à l'assuré et au prestataire de soins en cause. L'assuré ou le prestataire de soins peuvent porter le litige dans les quarante jours de la notification devant la Commission de surveillance prévue à l'article 72.

Si un litige porte tant sur une question visée à l'alinéa 1 que sur une question visée à l'alinéa 2, le litige visé à l'alinéa 2 doit être vidé préalablement.

Tout litige opposant un prestataire de soins à la Caisse nationale de santé dans le cadre de la prise en charge directe prévue à l'article 24 fait l'objet d'une décision du président ou de son délégué. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par le prestataire dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par la Commission

de surveillance prévue à l'article 72 ou, s'il s'agit d'un hôpital, par la commission des budgets hospitaliers prévue à l'article 77.“

26° L'article 48 prend la teneur suivante:

„**Art. 48.** La Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics, la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux et l'Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois sont compétentes pour la liquidation des prestations de soins de santé avancées par les assurés ainsi que pour la liquidation de l'indemnité pécuniaire de maternité et de l'indemnité funéraire. Elles peuvent encore être chargées des attributions d'une agence au sens de l'article 413, alinéa 3, d'après les modalités y prévues.“

27° **L'article 51, alinéa 2 prend la teneur suivante:**

„**Tout litige opposant un assuré à sa caisse de maladie portant sur l'application d'un tarif prévu par les dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles fait l'objet d'une décision du président de la caisse de maladie compétente ou de son délégué. Si le litige nécessite la mise en intervention du prestataire, celui-ci est mis en demeure par lettre recommandée, avant toute décision, pour prendre position par écrit dans le délai de quarante jours. Dans le même délai la caisse de maladie compétente doit demander l'avis du président de la Caisse nationale de santé. La décision du président ou de son délégué est notifiée à chacune des parties et peut faire l'objet, dans le délai de quarante jours de la notification, d'un recours devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale et à charge d'appel, quelle que soit la valeur du litige, devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale.“**

27° L'article 60 prend la teneur suivante:

„**Art. 60.** Les relations entre les prestataires de soins et l'assurance maladie sont réglées par les articles 74 à 79 ou les articles 61 à 73, suivant qu'il s'agit de prestations dispensées dans le secteur hospitalier ou en dehors de ce secteur.

Sont considérées comme prestations du secteur hospitalier toutes les prestations en nature dispensées à des assurés traités dans un hôpital, un établissement hospitalier spécialisé ou un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie au sens de la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

Sans préjudice de l'article 64, alinéa 2, point 6), les actes et services des médecins et médecins-dentistes sont pris en charge conformément aux articles 61 à 73, même s'ils sont prestés dans le secteur hospitalier.

Les activités des médecins prises en charge moyennant le budget hospitalier ne donnent pas lieu à une rémunération suivant la nomenclature des actes.“

28° A la suite de l'article 60 il est inséré un nouvel article 60bis libellé comme suit:

„**Art. 60bis.** Tout prestataire de soins de santé visé à l'article 61, tout établissement hospitalier, tout réseau d'aides et de soins visé à l'article 389, tout établissement d'aides et de soins visé aux articles 390 et 391, dépositaire d'un dossier de soins ou d'éléments d'un tel dossier, de données médicales sous forme de rapports médicaux, de résultats d'analyses, de comptes rendus d'investigations diagnostiques, d'ordonnances ou de prescriptions, d'imagerie médicale ou de tout document ou effet intéressant l'état de santé ou le traitement thérapeutique d'un assuré, doit en donner communication, sur sa demande, au médecin référent, à tout médecin désigné par l'assuré et au Contrôle médical de la sécurité sociale.

Au cas où le dépositaire ne saurait produire les pièces dont il est réputé être dépositaire dans le délai de quinze jours à partir de la requête écrite de l'assuré, celui-ci peut demander la restitution des frais qu'il peut justifier avoir exposés pour les prestations afférentes, ce sans préjudice du droit de la Caisse nationale de santé de récupérer les frais qu'elle a supportés.

Les dispositions organisant la documentation des diagnostics, des prescriptions et des prestations effectuées peuvent être fixées par règlement grand-ducal.“

29° A la suite de l'article 60bis il est inséré un nouvel article 60ter libellé comme suit:

„**Art. 60ter.** (1) Il est mis en place une „Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé“, désignée ci-après par l'„Agence“ qui a pour missions:

1) la réalisation, le déploiement, l'exploitation et la gestion administrative et technique d'une plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé, ainsi que d'applications et de systèmes informatiques de santé à l'échelle nationale, comportant:

- le dossier de soins partagé dont question à l'article 60quater;
 - d'autres projets informatiques à envergure nationale visant à faciliter l'échange, le partage ou une meilleure utilisation des données de santé;
 - les systèmes électroniques de communication avec la plateforme et ses applications, les mécanismes de sécurité et les autres services de base y liés;
 - la communication de données avec des plateformes similaires dans d'autres Etats membres de l'Union européenne;
- 2) la promotion de l'interopérabilité et de la sécurité dans la mise en place de systèmes d'information de santé, moyennant:
- la production et la promotion de référentiels contribuant à l'interopérabilité et à la sécurité des systèmes d'information de santé;
 - le support à la convergence des systèmes d'information de santé en termes d'implémentation des référentiels d'interopérabilité;
 - la vérification de l'implémentation des référentiels d'implémentation;
 - la veille au niveau des standards pour les systèmes d'information en santé;
 - la collaboration avec les organisations internationales en charge de la standardisation dans le domaine des systèmes d'information de santé;
- 3) l'établissement et la tenue à jour d'un schéma directeur des systèmes d'information de santé, déclinant une stratégie nationale, articulée avec les priorités sanitaires du pays d'une part et les besoins d'échange et de partage des acteurs du secteur d'autre part. Ce schéma directeur organise en outre les projets et activités directement ou indirectement gérés par l'Agence, ainsi que les autres projets stratégiques de systèmes d'information contribuant au partage et à l'échange de données de santé, gérés directement par les acteurs du secteur;
- 4) le conseil des autorités de tutelle en matière des choix stratégiques des systèmes d'information de santé;
- 5) la communication envers les patients et prestataires sur les modalités de fonctionnement et la sécurité du dossier de soins partagé et de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé.**

L'Agence est soumise à l'autorité conjointe des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale. Elle soumet annuellement aux ministres de tutelle:

- le schéma directeur informatique dont question ci-avant;
- son rapport annuel;
- un budget prévisionnel pluriannuel, ainsi que les comptes de l'exercice écoulé.

(2) La fonction d'Agence est confiée à un groupement d'intérêt économique, regroupant l'Etat, la Caisse nationale de santé et le Centre commun de la sécurité sociale, ainsi que des organismes représentatifs des prestataires des soins et des associations représentant l'intérêt des patients.

L'Agence peut recourir aux services du Centre commun de la sécurité sociale pour la gestion des droits d'accès des personnes assurées et des prestataires de soins.

(3) Le financement des missions de l'Agence définies à l'alinéa 1 est pris en charge à raison de deux tiers par la Caisse nationale de santé et d'un tiers par l'Etat. L'Agence peut acquérir des fonds d'autres sources."

30° A la suite de l'article 60ter il est inséré un nouvel article 60quater libellé comme suit:

„Art. 60quater. (1) L'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé tient à la disposition des prestataires et des patients un dossier de soins partagé.

(2) Le dossier de soins partagé regroupe les données médicales et autres informations concernant le patient, utiles et pertinentes afin de favoriser la sécurité, la continuité des soins, la coordination des soins, ainsi qu'une utilisation efficiente des services de soins de santé. Il comporte ainsi notamment:

- 1) les actes et données médicaux mentionnés à l'article 60bis, alinéa 1;
- 2) les prescriptions effectuées dans le domaine des analyses médicales de biologie clinique, d'imagerie médicale et de médicaments, et le cas échéant les résultats y afférents;

- 3) l'historique et les comptes rendus de la prise en charge de certaines prestations de soins de santé;
- 4) des informations ou déclarations introduites par le patient lui-même.

(3) Dans le respect du secret médical et des finalités visées au présent article, l'accès au dossier de soins partagé est réservé au médecin référent, au médecin traitant et aux professionnels de santé participant à la prise en charge du patient.

(4) Chaque patient a un droit d'accès à son dossier de soins partagé **et a un droit d'information sur les accès et l'identité des personnes ayant accédé à ce dossier. Il peut à tout moment s'opposer au partage de données le concernant au sein d'un dossier de soins partagé.**

Dans ce cas les données le concernant ne sont plus publiées, chaque prestataire peut toutefois avoir accès aux informations concernant les ordonnances, prescriptions, comptes rendus ou autres actes qu'il a lui-même accomplis.

(5) L'Agence, la Direction de la santé, le Laboratoire national de santé, l'Inspection générale de la sécurité sociale et la Caisse nationale de la santé, échangent à l'aide de procédés automatisés ou non des informations rendues anonymes à des fins statistiques ou épidémiologiques. Les procédés automatisés se font moyennant interconnexion de données et sous garantie d'un accès sécurisé, limité et contrôlé.

(6) La Commission nationale pour la protection des données demandée en son avis, un règlement grand-ducal précise les modalités et conditions de la mise en place du dossier de soins partagé, notamment en ce qui concerne:

- 1) la procédure détaillée de création et de suppression du dossier de soins partagé;
- 2) la procédure et les modalités d'accès au dossier par le patient et les prestataires et les modalités d'après lesquels le patient peut accéder aux traces d'accès à son dossier de soins partagé;
- 3) la détermination de niveaux d'accès différents tenant compte des attributions des différentes catégories de prestataires **et des différentes catégories de données;**
- 4) les mesures nécessaires pour assurer un niveau de sécurité particulièrement élevé de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé;**
- 5) les procédures, les nomenclatures et les terminologies standardisées, les formats et autres normes, de même que les modalités techniques suivant lesquelles les informations et documents électroniques sont à verser au dossier de soins partagé;
- 6) les délais dans lesquels les prestataires de soins, la Caisse nationale de santé et toute autre dépositaire ou détenteur d'éléments du dossier doit les verser au dossier de soins partagé;
- 7) le cas échéant, l'ouverture d'un dossier de soins partagé pour les bénéficiaires de soins de santé au pays qui ne sont pas des assurés résidents;
- 8) le cas échéant, les modalités de coopération et de transfert de données transfrontalières avec les autorités afférentes d'un autre Etat membre un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

Ce règlement grand-ducal précise également les modalités d'établissement et la forme des informations et des documents à verser au dossier de soins partagé.“

31° L'article 61, alinéa 2, point 3) prend la teneur suivante:

„3) séparément pour les différentes professions de la santé;“

32° L'article 61, alinéa 2, point 12) prend la teneur suivante:

„12) concernant les soins palliatifs, pour les réseaux d'aides et de soins, les établissements d'aides et de soins visés respectivement aux articles 389 à 391.“

33° L'article 64 prend la teneur suivante:

„**Art. 64.** Les conventions déterminent obligatoirement:

- 1) les dispositions organisant la transmission et la circulation des données et informations entre les prestataires de soins, les assurés, le Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé ainsi que les caisses de maladie, notamment par des formules standardisées pour les honoraires et les prescriptions, par des relevés ou par tout autre moyen de communication;

- 2) les engagements relatifs au respect de la nomenclature des actes pour les prestataires concernés;
- 3) en cas de prise en charge directe par la Caisse nationale de santé, les conditions et les modalités de la mise en compte des intérêts légaux en cas de paiement tardif;
- 4) la périodicité exprimée en années de la révision des tarifs non établis moyennant une lettre-clé;
- 5) 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.

Pour les médecins et pour les médecins-dentistes, la convention détermine en outre obligatoirement:

- 1) les engagements relatifs au respect, dans le cadre des dispositions légales et réglementaires, de la liberté d'installation du médecin, du libre choix du médecin par le malade, de la liberté de prescription du médecin, du secret professionnel;
- 2) les dispositions garantissant une médication économique compatible avec l'efficacité du traitement, conforme aux données acquises par la science et conforme à la déontologie médicale;
- 3) les modalités du dépassement des tarifs visés à l'article 66, alinéa 3;
- 4) *les modalités de diffusion des standards de bonne pratique médicale tels que définis à l'article 65bis;*
- 5) ~~les sanctions financières en cas de non observation des bonnes pratiques médicales opposables consistant dans la restitution, éventuellement forfaitaire, de tout ou partie des honoraires afférents ou du paiement d'une partie des soins ou prescriptions à la Caisse nationale de santé;~~
- 5) les modalités de l'établissement des rapports d'activité des prestataires de soins prévus à l'article 418;
- 7) ~~le seuil minimal de prescription de médicaments pour lesquels une base de remboursement a été fixée conformément à l'article 22bis;~~
- 6) les domaines d'application de la rémunération salariée;
- 7) *les rapports avec le médecin référent.*

Pour les prestataires de soins autres que les médecins et médecins-dentistes constitués sous forme de personne morale, la convention détermine en outre obligatoirement l'engagement de tenir une comptabilité suivant un plan comptable uniforme complété par une partie analytique. Le plan comptable ainsi que les modalités et les règles de la comptabilité analytique sont fixés par la Caisse nationale de santé.

Pour les prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2 sous 3) et 12), la convention détermine en outre obligatoirement:

- 1) les lignes directrices ainsi que les standards de référence en matière de qualité;
- 2) l'engagement d'assurer la continuité des soins;
- 3) les modalités de la documentation des soins, de la facturation et du paiement des prestations fournies ainsi que de leur vérification.

Pour les pharmaciens, la convention détermine en outre obligatoirement les règles applicables en cas de substitution d'un médicament à un autre dans le cadre de l'application de l'article 22bis."

34° L'article 65 prend la teneur suivante:

„Art. 65. Les actes, services professionnels et prothèses dispensés par les prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1) à 7) et 12) et pris en charge par l'assurance maladie-maternité sont inscrits dans des nomenclatures différentes.

*Dans chacune des nomenclatures des prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1) à 4) et 12), chaque acte ou service est désigné par la même lettre-clé et par un coefficient. La lettre-clé est un signe dont la valeur en unité monétaire est fixée par voie conventionnelle. Le coefficient est un nombre exprimant la valeur relative de chaque acte professionnel inscrit dans chacune des nomenclatures visées au présent alinéa tenant compte **obligatoirement** de la durée,*

de la compétence technique et de l'effort intellectuel requis pour dispenser cet acte professionnel.

Dans la **nomenclature des médecins** les spécialités médicales et des normes de compétences spécifiques et d'expériences professionnelles sont détaillées. La nomenclature peut en outre prévoir une orientation prioritaire ou exclusive de la dispensation de certains actes ~~suivant des filières des soins intégrées ou planifiées~~ vers des services et centres de compétences hospitaliers tels que définis dans la loi sur les établissements hospitaliers.

Lorsque l'acte ou le service professionnel implique l'utilisation d'un appareil, la nomenclature peut fixer un forfait couvrant les frais directs et indirects résultant de l'utilisation de l'appareil.

Les nomenclatures peuvent prévoir une cotation forfaitaire pour un ensemble d'actes ou services professionnels dispensés pour une période ou un traitement déterminé. Cette cotation forfaitaire s'impose pour les prestations de soins de la profession d'infirmier à l'égard des personnes dépendantes au sens du Livre V et pour les actes et services dispensés par les prestataires visés à l'article 61 sous 12).

Elles peuvent également prévoir la réduction ou l'augmentation du tarif des actes et services dans des conditions qu'elles déterminent.

Les nomenclatures des actes, services professionnels et prothèses sont déterminées par des règlements grand-ducaux sur base d'une recommandation circonstanciée de la Commission de nomenclature.

La Commission de nomenclature se compose de:

- 1) **deux membres dont le président, désignés par arrêté conjoint des ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale et la Santé; un membre doit avoir la qualité de médecin;**
- 2) **deux membres désignés par le comité directeur de la Caisse nationale de santé;**
- 3) **deux membres désignés par le ou les groupements signataires de la convention pour les médecins;**
- 4) **en fonction de la nomenclature en cause, deux membres désignés par le ou les groupements signataires de la convention concernée.**

Lorsque la Commission de nomenclature est amenée à statuer en matière d'actes et services relevant de la nomenclature des médecins et dispensés en milieu hospitalier, la composition de la Commission de nomenclature est complétée par deux membres devant avoir la qualité de médecin et désignés respectivement par arrêté conjoint des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale et par le groupement représentatif des hôpitaux.

Pour chaque membre effectif un membre suppléant est désigné d'après les modalités prévues ci-dessus.

La Commission est assistée dans l'accomplissement de ses missions par la Cellule d'expertise médicale, à laquelle elle demande des avis des affaires dont elle est saisie.

La Commission de nomenclature peut se saisir elle-même de toute affaire relative à ses attributions. Elle peut être saisie également de toute proposition d'inscription, de modification ou de suppression d'actes, services ou fournitures par les ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale ou la Santé, le Collège médical, le Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé, la Commission de surveillance ou encore par les parties signataires des conventions.

La modification du coefficient d'un acte ou service figurant dans la nomenclature doit intervenir avant le 1er décembre et ne prend effet que le 1er janvier de l'exercice suivant. **Les effets de cette modification sont neutralisés par une adaptation correspondante de la lettre-clé qui s'ajoute à celle prévue à l'article 67 et qui se base sur le nombre des actes et services de l'avant-dernier exercice.**

Le fonctionnement de la Commission, la procédure à suivre, les éléments constituant la demande standardisée d'inscription ainsi que l'indemnisation des membres et experts commis sont déterminés par un règlement grand-ducal. Ce règlement grand-ducal peut également prévoir des modalités de validation provisoire et de révision obligatoire. Dans les votes au sein de la commission, celui du président prévaut en cas de partage des voix.

Les frais de fonctionnement de la commission sont entièrement à charge de l'Etat.“

35° A la suite de l'article 65 il est inséré un nouvel article 65bis ayant la teneur suivante:

„Art. 65bis. (1) Il est créé sous l'autorité des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale une Cellule d'expertise médicale qui a pour missions:

- 1) de proposer, en s'orientant suivant des référentiels acquis par la science, le libellé et les coefficients des actes, d'en produire une définition complète et d'en préciser les indications et les conditions d'application;
- 2) de s'enquérir de l'évaluation scientifique des dispositifs médicaux et de procéder à l'émission de recommandations pour leur bon usage permettant de déterminer le bien-fondé de la prise en charge par l'assurance maladie;
- 3) de collaborer à l'élaboration des standards de bonne pratique médicale prévues au paragraphe 2, alinéa 2 et à leur promotion auprès des professionnels de la santé;
- 4) d'analyser des avis concernant le résultat attendu d'un acte ou d'une source, en fonction de son intérêt diagnostique ou thérapeutique, de son impact sur la santé de la population et de son impact financier;
- 5) d'assurer le secrétariat et l'appui technique de la Commission de nomenclature et du Conseil scientifique.

La Cellule d'expertise médicale, qui est rattachée administrativement à l'Inspection générale de la sécurité sociale, est composée de façon pluridisciplinaire par des agents détachés par le Contrôle médical de la sécurité sociale, la Direction de la santé ou affectés par l'Inspection générale de la sécurité sociale.

La Cellule peut conclure des accords de partenariat avec des services spécialisés nationaux ou internationaux en vue de la réalisation de ses missions.

La Cellule peut s'adjoindre des experts. Elle doit fournir des expertises à la demande des ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale ou la Santé ou la Caisse nationale de santé. Ces expertises ne peuvent porter sur l'évaluation de l'état de santé, de diagnostics ou traitements de patients individuels.

(2) Il est institué sous l'autorité des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale un Conseil scientifique du domaine de la santé qui a pour mission d'élaborer et de contribuer à la mise en œuvre de standards de bonnes pratiques médicales.

Les standards de bonne pratique médicale sont des recommandations développées selon une méthode explicite pour aider le médecin et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données. L'objectif de tels standards de bonnes pratiques médicales est d'informer les professionnels de santé, les patients et les usagers du système de santé sur l'état de l'art et les données acquises de la science afin d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins.

Le Conseil scientifique collabore étroitement avec la Cellule d'expertise médicale en ce qui concerne la documentation et la recherche en matière de bonnes pratiques médicales, leur promotion auprès des professionnels de santé ainsi que la désignation d'experts et la conclusion de conventions dans le domaine des bonnes pratiques médicales.

Un règlement grand-ducal détermine la composition et le fonctionnement du conseil ainsi que l'indemnisation de ses membres et experts.“

36° L'article 66 prend la teneur suivante:

„Art. 66. Les tarifs des actes et des services professionnels opposables aux prestataires sont fixés en multipliant les coefficients prévus à l'article 65, alinéas 2 et 3, par la valeur des lettres-clés respectives.

Les valeurs des lettres-clés des nomenclatures des prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1) à 3) et 12) 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.

Toutefois, les conventions pour les médecins et pour les médecins-dentistes prévoient obligatoirement les modalités du dépassement, à charge des assurés, des tarifs fixés conformément à l'alinéa qui précède:

- 1) pour les convenances personnelles sollicitées par les personnes protégées en milieu hospitalier et ambulatoire;
- 2) après devis préalable pour les prothèses et autres prestations dentaires dépassant l'utile et le nécessaire."

38° A l'article 67 le terme „revalorisation“ est partout remplacé par le terme „adaptation“.

37° L'article 69 prend la teneur suivante:

„Art. 69. En l'absence d'accord avant le 31 décembre sur l'adaptation 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.

A défaut d'entente collective:

- 1) sur l'élaboration d'une nouvelle convention après un délai de négociation de six mois suivant la convocation faite par la Caisse nationale de santé;
- 2) sur l'adaptation de la convention dans les six mois suivant la dénonciation totale ou partielle de l'ancienne convention;
- 3) sur les dispositions obligatoires de la convention visées à l'article 64 et à l'article 66, alinéa 3, après un délai de négociation de six mois suivant la convocation faite par la Caisse nationale de santé,

l'Inspection générale de la sécurité sociale convoque les parties en vue de la désignation d'un médiateur.

Si les parties ne s'entendent pas sur la personne du médiateur, celui-ci est désigné par tirage au sort sur une liste comprenant six personnes ayant accepté cette mission. Cette liste est établie pour la durée de cinq années par les parties signataires de la convention et, à défaut, par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Le médiateur peut s'adjoindre un ou plusieurs experts. Il est assisté d'un fonctionnaire à mettre à sa disposition par l'Inspection générale de la sécurité sociale pour assurer le secrétariat administratif.

Un règlement grand-ducal détermine la procédure à suivre, les indemnités et les autres modalités d'application du présent article."

38° L'article 70 prend la teneur suivante:

„Art. 70. (1) Lorsque la médiation déclenchée en vertu de l'article 69, alinéa 1, n'aboutit pas à un accord sur l'adaptation de la lettre-clé, le médiateur dresse un procès-verbal de non-conciliation qu'il transmet au Conseil supérieur de la sécurité sociale.

Le Conseil supérieur de la sécurité sociale rend une sentence arbitrale qui n'est susceptible d'aucune voie de recours. Elle doit être prononcée avant l'expiration de l'ancienne convention.

(2) Lorsque la médiation déclenchée en vertu de l'article 69, alinéa 2 n'aboutit pas, dans un délai de trois mois à partir de la nomination d'un médiateur, à une convention ou à un accord sur les dispositions conventionnelles obligatoires, le médiateur dresse un procès-verbal de non-conciliation qu'il transmet au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Les dispositions obligatoires de la convention sont alors fixées par voie de règlement grand-ducal.

(3) Les conventions et les sentences arbitrales s'appliquent à l'ensemble des prestataires dans leurs relations avec les personnes couvertes par l'assurance maladie-maternité. Elles sont applicables non seulement aux prestataires exerçant pour leur propre compte, mais également aux médecins et médecins-dentistes exerçant sous tout autre régime ainsi qu'aux autres prestataires exerçant dans le secteur extrahospitalier sous le régime du contrat de travail ou d'entreprise."

39° L'article 71 est abrogé.

40° L'article 72 prend la teneur suivante:

„Art. 72. Il est institué auprès du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale une Commission de surveillance, composée d'un président et de quatre délégués. En cas d'empêchement du président, la Commission est présidée par un vice-président. Le président et le vice-président sont nommés en raison de leur compétence juridique dans le domaine de

la sécurité sociale, par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. Le président et le vice-président sont assistés par un secrétariat permanent, rattaché au ministère de la Sécurité sociale.

Pour chaque affaire le président désigne les quatre délégués suivant les modalités suivantes:

- 1) deux délégués sont choisis par le président sur une liste de dix personnes établie par le comité directeur de la Caisse nationale de santé. Cinq des délégués figurant sur cette liste représentent les secteurs visés aux points 1 à 4 de l'article 46 et cinq autres délégués les secteurs visés aux points 5 à 8 du même article;
- 2) pour les affaires mettant en cause un médecin ou un médecin-dentiste, le troisième délégué est choisi sur une liste de cinq personnes établie par le Collège médical et le quatrième délégué est choisi sur une liste de cinq personnes établie par le groupement représentatif des médecins et des médecins-dentistes;
- 3) pour les affaires mettant en cause un autre prestataire visé à l'article 61, alinéa 2 que celui visé au point précédent, le troisième délégué est choisi sur une liste de cinq personnes établie par le Conseil supérieur des professions de santé et le quatrième délégué est choisi sur une liste de cinq personnes établie par chaque groupement professionnel signataire d'une des conventions visées à l'article 61, alinéa 2.

A défaut de listes présentées par le comité directeur de la Caisse nationale de santé, le Collège médical, le groupement représentatif des médecins et des médecins-dentistes, le Conseil supérieur des professions de santé ou les groupements professionnels signataires d'une des conventions visées à l'article 61, alinéa 2, il appartient au ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions de les établir.

Le directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale ou son délégué peut assister avec voix consultative aux réunions de la commission.

Un règlement grand-ducal détermine le fonctionnement de la Commission, la procédure à suivre ainsi que l'indemnisation des membres et des experts commis. Les frais de fonctionnement sont entièrement à charge de l'Etat."

~~43° L'article 72bis est abrogé.~~

41° L'article 72bis du Code de la sécurité sociale prend la teneur suivante:

„Art. 72bis. La Commission de surveillance est compétente:

- 1) pour les litiges lui déferés par les prestataires de soins en application des articles 47, alinéa 4 et 146, alinéa 2;
- 2) pour les litiges lui déferés par un assuré ou par un prestataire de soins en application des articles 47, alinéa 2 et 51, alinéa 2.

Si, dans les litiges visés à l'alinéa 1, sous le numéro 1), la Commission de surveillance décide que c'est à tort que la Caisse nationale de santé a refusé le paiement ou opéré un redressement des factures présentées, elle prononce le paiement ou le redressement qui s'impose au profit du prestataire de soins.

Dans les litiges visés à l'alinéa 1, sous le numéro 2), la Caisse nationale de santé ou la caisse de maladie et, suivant le cas, l'assuré ou le prestataire de soins sont mis en intervention par le président de la Commission de surveillance. Si la Commission de surveillance décide que le prestataire n'a pas respecté les tarifs fixés en vertu des nomenclatures, des conventions ou des stipulations relatives au dépassement des tarifs, elle prononce la restitution à l'assuré de la somme indûment mis en compte. Dans le cas contraire, elle liquide les droits de l'assuré conformément aux lois, règlements et statuts.

Les décisions de la Commission de surveillance prises en application du présent article sont susceptibles d'un recours à introduire par l'institution d'assurance maladie ou d'assurance accident, l'assuré ou le prestataire de soins devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

L'appel est porté devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale quelle que soit la valeur du litige. L'appel a un effet suspensif."

42° L'article 73 du Code de la Sécurité sociale prend la teneur suivante:

„Art. 73. La Commission de surveillance est en outre compétente pour examiner les rapports d'activité au sens de l'article 418 lui soumis par le directeur du Contrôle médical de la

sécurité sociale, ainsi que les faits signalés par le président de la Caisse nationale de santé ou le président d'une caisse de maladie susceptibles de constituer une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles auxquelles sont astreints les prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, ainsi que les personnes placées sous leur autorité ou agissant pour leur compte. Le directeur et les présidents peuvent déléguer ce pouvoir à un fonctionnaire ou employé dirigeant de leur administration ou institution.

L'instruction a pour objet de constater dans le chef des prestataires visés à l'article 61, alinéa 2:

- 1) l'inobservation des dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ayant abouti ou tenté d'aboutir à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation de soins de santé ou en espèces par l'assurance maladie-maternité;
- 2) le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fautive, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information par l'institution de sécurité sociale compétente ou par le Contrôle médical de la sécurité sociale;
- 3) les agissements ayant pour effet de faire obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'institution de sécurité sociale compétente;
- 4) les manquements aux formalités administratives imposées par les dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles;
- 5) le refus du prestataire de reporter dans le dossier de soins partagé les éléments issus de chaque acte ou consultation, dès lors que l'assuré ne s'est pas explicitement opposé au report de cet acte ou consultation dans son dossier de soins partagé;
- 6) la prescription ou l'exécution de prestations superflues ou inutilement onéreuses en violation de l'article 23, alinéa 1;
- 7) les agissements exposant l'assuré à des dépassements d'honoraires non conformes aux dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles.

La Commission de surveillance peut procéder à des mesures d'investigation qu'elle peut déléguer au président ou au vice-président. Elle peut recourir aux services d'experts et demander l'avis à la Cellule d'expertise médicale.

Si, à la clôture de son instruction, la Commission de surveillance estime être en présence d'une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles au sens de l'alinéa 2, elle renvoie l'affaire devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

La Commission de surveillance peut préalablement à sa décision de renvoi décider de recourir à une médiation débouchant le cas échéant sur une transaction s'il lui apparaît qu'une telle mesure est susceptible de mettre fin aux pratiques contraires aux dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles visées à l'alinéa 2 tout en assurant la réparation du préjudice économique subi par la Caisse nationale de santé.^{43°}

^{43°} A la suite de l'article 73 il est inséré un nouvel article 73bis libellé comme suit:

„Art. 73bis. Pour les affaires renvoyées par la Commission de surveillance, le Conseil arbitral de la sécurité sociale examine le rapport d'instruction de la Commission de surveillance et peut, après une procédure contradictoire en présence du prestataire, d'une part, et du directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale ou de son délégué ou bien du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué, d'autre part, prononcer à l'encontre du prestataire concerné, en fonction de la nature et de la gravité des faits dont il est reconnu coupable:

- 1) une amende d'ordre au profit de la Caisse nationale de santé, ne pouvant dépasser vingt-cinq mille euros. En cas de récidive dans un délai de deux ans l'amende d'ordre ne peut être ni inférieure à vingt-cinq mille euros ni supérieure à cinq cent mille euros;
- 2) la restitution, à la Caisse nationale de santé, des montants indûment perçus, augmentés des intérêts légaux;
- 3) la soumission obligatoire et exclusive, pendant une période de cinq ans au plus, du prestataire au régime conventionnel prévoyant une prise en charge directe par la Caisse nationale de santé de toutes les prestations effectuées pour compte des assurés;

4) la limitation du nombre d'actes et de services professionnels par assuré en moyenne que le prestataire ne peut pas dépasser pendant une période future de trois années au plus, sous peine de restitution des honoraires afférents. Ce maximum peut s'appliquer à tout ou partie de l'activité du prestataire.

Les jugements du Conseil arbitral de la sécurité sociale sont susceptibles d'appel devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale quelle que soit la valeur du litige. L'appel qui, sous peine de forclusion, doit intervenir dans les quarante jours de la notification du jugement du Conseil arbitral de la sécurité sociale, a un effet suspensif.

Les montants à payer ou à restituer par le prestataire en application des dispositions du présent article ou de celui qui précède peuvent être compensés par la Caisse nationale de santé avec d'autres créances du prestataire ou être recouvrés par le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 429."

44° L'article 74 prend la teneur suivante:

„**Art. 74.** Sur base d'un rapport d'analyse prévisionnel établi par l'Inspection générale de la sécurité sociale, la Caisse nationale de la santé et la Commission permanente pour le secteur hospitalier demandées en leur avis, le gouvernement fixe dans les années paires, au 1er octobre au plus tard, une enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier pour les deux exercices à venir.

Les éléments de l'enveloppe sont établis sur base de l'évolution démographique de la population résidente, de la morbidité, des pratiques d'une médecine basée sur des preuves scientifiques et en tenant compte de la croissance économique du pays. L'enveloppe budgétaire globale et les budgets spécifiques des hôpitaux tiendront compte des dispositions du plan hospitalier, des spécificités des services spécialisés et nationaux et des centres de compétences, ainsi que des obligations découlant de la participation au service médical d'urgence.

Un règlement grand-ducal précise les règles d'établissement de l'enveloppe budgétaire globale et des budgets spécifiques des hôpitaux, ainsi que les éléments à inclure de façon forfaitaire.

En tenant compte de l'enveloppe budgétaire globale, la Caisse nationale de santé prend en charge les prestations du secteur hospitalier d'après des budgets arrêtés séparément pour chaque hôpital visé à l'article 60, alinéa 2 sur base de son activité prévisible pour deux exercices à venir. Sont opposables à la Caisse nationale de santé les coûts convenus entre la Caisse nationale de santé et l'hôpital des activités dûment autorisées en application de la législation hospitalière. Les budgets comprennent l'amortissement des investissements mobiliers et immobiliers dans la mesure où ils sont conformes au plan hospitalier et n'ont pas été financés par les pouvoirs publics. Dans la mesure où l'investissement est soumis à une autorisation préalable en vertu d'une disposition légale ou réglementaire, l'amortissement n'est opposable que si cette autorisation a été accordée.

Ne sont pas opposables à la Caisse nationale de santé les prestations étrangères à l'objet de l'assurance maladie tel que défini à l'article 17 et de l'assurance accidents tel que défini à l'article 97, celles faites à titre de convenance personnelle de la personne protégée et celles fournies à des personnes non protégées au titre des livres I et II du présent code ou d'une convention bi- ou multilatérale en matière de sécurité sociale.

Sont portées en déduction des budgets hospitaliers opposables, les coûts des prestations opposables, rémunérées individuellement ou sous forme de forfaits, et les participations des personnes protégées.

Pour les activités administratives, logistiques et auxiliaires médicales, la prise en charge peut être subordonnée à une organisation nationale des activités visées conformément aux dispositions prévues dans la loi sur les établissements hospitaliers.

Les actes et prestations dispensés par un laboratoire hospitalier en milieu extrahospitalier et figurant dans la nomenclature des actes et des services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique sont pris en charge suivant les modalités régissant le milieu extrahospitalier. *Un acte ou une prestation sont considérés comme effectués en milieu extrahospitalier s'ils sont dispensés au bénéfice d'un patient ambulatoire sans qu'un lien direct existe avec une prise en charge médicale concomitante en policlinique ou sur un plateau médico-technique de l'établissement hospitalier en question.*

Chaque hôpital doit tenir une comptabilité suivant un plan comptable uniforme complété par une partie analytique reflétant les coûts liés aux différents services hospitaliers et différenciant les

charges et recettes liées aux activités opposables ou non opposables à l'assurance maladie-maternité. Le plan comptable ainsi que les modalités et les règles de la comptabilité analytique sont fixés par la Caisse nationale de santé.

Afin que la comptabilité analytique puisse prendre en compte le coût de l'activité médicale hospitalière et différencier les coûts liés aux différents traitements et aux prestations fournies par patient, la Caisse nationale de santé met à disposition de l'établissement hospitalier le relevé des actes prestés aux patients par les médecins y agréés."

45° L'article 77 prend la teneur suivante:

„Art. 77. Annuellement avant le 1er avril, l'Inspection générale de la sécurité sociale élabore une circulaire servant aux hôpitaux pour l'établissement de leurs budgets et comprenant l'estimation de l'évolution prévisible des facteurs économiques exogènes intervenant dans l'établissement des budgets.

Chaque établissement hospitalier soumet son budget pour les deux exercices à venir au plus tard le 1er juillet à la Caisse nationale de santé.

Avant le 1er janvier, la Caisse nationale de santé soumet par écrit tout différend éventuel à une commission des budgets hospitaliers instituée dans le cadre de la convention prévue à l'article 75. Cette commission est composée de deux représentants de la Caisse nationale de santé et de deux représentants des hôpitaux, dont un de l'hôpital concerné, ainsi que d'un président désigné d'un commun accord par les parties. Si les parties ne s'entendent pas sur la personne du président, celui-ci est désigné d'après les modalités prévues à l'article 69, alinéa 2.

La commission est chargée d'une mission de conciliation dans le cadre de l'établissement des budgets à arrêter entre la Caisse nationale de santé et les différents hôpitaux. Si la commission ne parvient pas à concilier les parties dans les deux mois de la saisine, elle tranche le litige en dernier ressort avant le 1er mars."

46° L'article 78 prend la teneur suivante:

„Art. 78. La Caisse nationale de santé verse au début de chaque mois à chaque hôpital un montant correspondant à un douzième des frais annuels non liés à l'activité, prévus au budget établi conformément aux dispositions de l'article qui précède.

Les frais directement proportionnels à l'activité non couverts par des forfaits sont payés mensuellement en fonction des unités d'œuvre accomplies dans les différentes entités fonctionnelles de l'hôpital sur base d'un état justificatif comprenant par cas traité les unités d'œuvre réalisées.

Les forfaits sont payés mensuellement sur base d'un état justificatif."

47° L'article 79 est complété d'un nouvel alinéa 3 libellé comme suit:

„Au plus tard douze mois après la fin de l'exercice en question, la Caisse nationale de santé arrête le décompte définitif."

48° L'article 84, alinéa 4 est complété par la phrase suivante:

„Il en est de même du remboursement par la Mutualité des employeurs des charges salariales pendant la période prévue à l'article L. 121-6 du Code du travail."

51° L'article 146, alinéa 2 prend la teneur suivante:

„Tout litige opposant un prestataire de soins à l'Association d'assurance accident dans le cadre de la prise en charge directe prévue à l'article 98 fait l'objet d'une décision du président ou de son délégué. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par le prestataire dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le Conseil arbitral de la sécurité sociale et à charge d'appel, quelle que soit la valeur du litige, par le Conseil supérieur de la sécurité sociale."

49° L'article 150 prend la teneur suivante:

„Art. 150. La charge des cotisations incombe à l'employeur en ce qui concerne les assurés visés à l'article 85 sous 1), 2), 3), 6), 9), 10) et 11), à la congrégation religieuse en ce qui concerne les assurés visés à l'article 85 sous 4) et à l'Etat en ce qui concerne les assurés visés à l'article 85 sous 5). La cotisation est à charge de l'assuré visé à l'article 85 sous 7), le cas échéant, en lieu et place du ou des assurés visés sous 8) du même article."

50° L'article 172, alinéa 1, point 7) prend la teneur suivante:

„7) les périodes du 1er janvier 1990 pendant lesquelles une personne a assuré des soins au bénéficiaire d'une allocation de soins prévue par la loi du 22 mai 1989, d'une allocation spéciale pour personnes gravement handicapées au titre de la loi modifiée du 16 avril 1979, d'une majoration de la rente accident pour impotence ou d'une majoration de complément du revenu minimum garanti prévu par l'article 3, alinéa 4 de la loi modifiée du 26 juillet 1986;“

51° L'article 240, alinéa 1, points 1) et 2) prennent la teneur suivante:

„1) par parts égales aux assurés et aux employeurs pour autant qu'il s'agisse de périodes visées à l'article 171, 1), 5) et 11);

2) entièrement à charge de l'Etat pour les assurés visés à l'article 171, 8) et 12);“

52° L'article 249 prend la teneur suivante:

„**Art. 249.** Les conditions et modalités d'application de l'article 248 peuvent faire l'objet d'un règlement grand-ducal.“

53° L'article 306, paragraphe 6 prend la teneur suivante:

„(6) L'indemnité est suspendue pendant la période du droit à l'indemnité pécuniaire de maternité prévu à l'article 25 du Code de la sécurité sociale.“

54° A l'article 349, alinéa 2 les termes „aux articles 356, paragraphes 2 et 3, et 361“ sont remplacés par les termes „aux articles 356, paragraphe 1 et 2, et 361“.

55° L'article 349, alinéa 4 prend la teneur suivante:

„Le bénéfice des prestations du présent livre est encore ouvert si la personne protégée requiert des soins palliatifs.“

56° L'article 350, paragraphe 6 prend la teneur suivante:

„(6) Par dérogation aux dispositions qui précèdent, la personne bénéficiaire de soins palliatifs a droit en dehors des actes essentiels de la vie, aux prestations prévues à l'article 350, paragraphe 2, et à la prise en charge des produits nécessaires aux aides et soins et des aides techniques prévues à l'article 356, paragraphe 1. Ces prestations sont dispensées dans les limites prévues à l'article 353, sur base du relevé-type d'après les besoins effectifs constatés par le prestataire d'aides et de soins. Les modalités d'ouverture du droit aux prestations prévues ci-avant peuvent être précisées par règlement grand-ducal.“

57° L'article 377, alinéa 1 prend la teneur suivante:

„La contribution dépendance sur les revenus professionnels et les revenus de remplacement est due par les personnes assurées en vertu des articles 1er à 6. Toutefois, elle est à charge de l'assuré principal, de la congrégation ou de l'Etat pour les personnes visées respectivement au numéro 5), au numéro 6) et aux numéros 7), 13) et 15) de l'article 1er dans les conditions prévues à l'article 32.“

58° L'article 393 prend la teneur suivante:

„**Art. 393. (1)** La Commission de surveillance instituée par l'article 72, composée conformément au paragraphe 3 du présent article, est également compétente pour connaître des litiges lui déférés par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance ou par un des prestataires visés aux articles 389, 390 et 391 au sujet de l'application des lois, règlements ou conventions prévues au livre V du présent Code. Lorsque le litige porte sur la facturation de prestations à charge de l'assurance dépendance, la Commission de surveillance prononce la restitution des sommes indûment mises en compte par le prestataire ou, suivant le cas, la liquidation en faveur du prestataire, des créances indûment retenues par l'organisme gestionnaire. Les décisions de la Commission de surveillance sont susceptibles d'un recours à introduire par les parties au litige devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

(2) La Commission de surveillance est également compétente pour instruire les affaires qui sont portées devant elle par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance sur base des faits signalés par le chargé de direction de la Cellule d'évaluation et d'orientation ou par son délégué susceptibles de constituer une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles auxquelles sont astreints les prestataires visés aux articles 389, 390, 391 et 394, ainsi que les personnes placées sous leur autorité ou agissant pour leur compte.

L'instruction a pour objet de constater dans le chef des prestataires visés aux articles 389, 390, 391 et 394:

- 1) toute inobservation des dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ayant abouti ou tenté d'aboutir à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation en nature ou en espèces par l'assurance dépendance;
- 2) le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fautive, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information par l'institution de sécurité sociale compétente ou par la Cellule d'évaluation et d'orientation;
- 3) tout agissement ayant pour effet de faire obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'institution de sécurité sociale compétente ou de la Cellule d'évaluation et d'orientation;
- 4) tout manquement aux formalités administratives imposées par les dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles;
- 5) le refus du prestataire de reporter dans le dossier de soins partagé les éléments issus de chaque acte ou consultation, dès lors que l'assuré ne s'est pas explicitement opposé au report de cet acte ou consultation dans son dossier de soins partagé;
- 6) la prescription ou l'exécution de prestations superflues ou inutilement onéreuses en violation de l'article 349, alinéa 3.

(3) Pour chaque affaire le président désigne les quatre délégués suivant les modalités suivantes:

- 1) deux délégués sont choisis par le président sur une liste de dix personnes établie par le comité directeur de la Caisse nationale de santé composé conformément à l'article 381. Six délégués figurant sur cette liste représentent les secteurs visés aux points 1 à 4 de l'article 46 et quatre délégués les secteurs visés aux points 5 à 7 du même article;
- 2) deux délégués sont choisis par le président sur une liste de dix personnes établie par chaque groupement professionnel signataire d'une convention prévue à l'article 388bis.

A défaut de listes présentées par le comité directeur de la Caisse nationale de santé composé conformément à l'article 381 ou par les groupements professionnels signataires d'une convention prévue à l'article 388bis, il appartient au ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions de les établir.

Le chargé de direction de la Cellule d'évaluation et d'orientation ou son délégué peut assister avec voix consultative aux réunions de la commission.

L'article 72, alinéas 1 et 5 sont applicables."

59° L'article 393bis prend la teneur suivante:

„Art. 393bis. Dans le cadre de son instruction visée à l'article 393, paragraphe 2, la Commission de surveillance convoque le ou les prestataires pour les entendre dans leurs explications. Elle peut décider la mise en intervention du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué et du chargé de direction de la Cellule d'évaluation et d'orientation ou de son délégué. Elle peut décider la jonction d'affaires.

La Commission de surveillance peut procéder à toute mesure d'investigation qu'elle peut déléguer au président ou au vice-président. Elle peut recourir au service d'experts et demander un avis à la Cellule d'évaluation et d'orientation.

Si, à la clôture de son instruction, la Commission de surveillance estime être en présence d'une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles au sens de l'article 393, paragraphe 2, alinéa 2, elle renvoie l'affaire devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

La Commission de surveillance peut préalablement à sa décision de renvoi décider de recourir à une médiation débouchant le cas échéant sur une transaction s'il lui apparaît qu'une telle mesure est susceptible de mettre fin aux pratiques contraires aux dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles visées à l'article 393, paragraphe 2, alinéa 2, tout en assurant la réparation du préjudice économique subi par la Caisse nationale de santé."

60° A la suite de l'article 393bis il est inséré un nouvel article 393ter ayant la teneur suivante:

„Art. 393ter. Pour les affaires renvoyées par la Commission de surveillance, le Conseil arbitral de la sécurité sociale examine le rapport d'instruction de la Commission de surveillance et peut, après une procédure contradictoire en présence du prestataire, d'une part, et du chargé de direction de la Cellule d'évaluation et d'orientation ou de son délégué ou bien du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué, d'autre part, prononcer à l'encontre du prestataire concerné, en fonction de la nature et de la gravité des faits dont il est reconnu coupable:

- 1) une amende d'ordre au profit de l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance, ne pouvant dépasser vingt-cinq mille euros. En cas de récidive dans un délai de deux ans l'amende d'ordre ne peut être ni inférieure à vingt-cinq mille euros ni supérieure à cinq cent mille euros;
- 2) la restitution, à la Caisse nationale de santé, des montants indûment perçus, augmentés des intérêts légaux.

Les jugements du Conseil arbitral de la sécurité sociale sont susceptibles d'appel devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale quelle que soit la valeur du litige. L'appel qui, sous peine de forclusion, doit intervenir dans les quarante jours de la notification du jugement du Conseil arbitral de la sécurité sociale a un effet suspensif.

Les montants à payer ou à restituer par le prestataire en application des dispositions du présent article peuvent être compensés par la Caisse nationale de santé avec d'autres créances du prestataire ou être recouvrés par le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 429.“

61° L'article 418 prend la teneur suivante:

„Art. 418. Une administration de l'Etat dénommée „Contrôle médical de la sécurité sociale“, placée sous la haute autorité du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale a dans ses attributions:

- 1) la constatation de l'incapacité de travail au sens de l'article 9 du Code de la sécurité sociale;
- 2) la constatation de l'invalidité selon les critères de l'article 187 du même Code;
- 3) la constatation du préjudice physiologique et d'agrément et, le cas échéant, la fixation de son taux définitif sur base du barème visé à l'article 119;
- 4) les avis et examens médicaux en vue de déterminer les douleurs physiques endurées et le préjudice esthétique sur base des échelles visées à l'article 120;
- 5) les avis et examens médicaux en relation avec la perte de salaire en matière d'assurance accident, les procédures de reclassement ou les mesures de reconversion professionnelle;
- 6) les examens de contrôle périodiques en relation avec l'incapacité de travail, l'hospitalisation et les cures;
- 7) l'autorisation de la prise en charge des traitements médicaux, médico-dentaires et paramédicaux, pour autant qu'elle est prescrite par les lois, règlements ou statuts, et leur surveillance;
- 8) l'avis au sujet des normes à établir par les statuts conformément à l'article 23 en vue de définir la consommation abusive de soins de santé par les assurés;
- 9) *la constatation au moyen des rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes établis par la Caisse nationale de santé par voie informatique selon les modalités arrêtées en vertu de l'article 64, alinéa 2, point 5) avec la collaboration du Centre commun de la sécurité sociale, sur base de la banque de données afférente de l'Association d'assurance accidents, de la Caisse nationale de santé et des caisses de maladie, de toute déviation injustifiée de l'activité professionnelle du prestataire;*
- 10) l'étude, l'examen et la recommandation de mesures appropriées en matière de prévention et de réadaptation;
- 11) l'autorisation de la prise en charge de prothèses, orthèses et épithèses de tous genres, la surveillance de leur mise en place en bonne et due forme et le contrôle périodique afférent;
- 12) la vérification et le contrôle périodique des maladies ou infirmités donnant droit à des indemnités ou subventions à charge d'institutions ou de services à caractère social conformément aux dispositions légales, réglementaires ou statutaires;

- 13) les avis et examens médicaux en vue de l'octroi des cartes de priorité et d'invalidité;
- 14) la participation à l'établissement de statistiques concernant l'état de santé des personnes protégées;
- 15) la participation à l'information et à la formation continue du corps médical en matière de législation sociale;
- 16) les avis à fournir à la demande de la Caisse nationale de santé, notamment en matière de médicaments visés aux articles 22, 22bis et 22ter et des prestations de soins;
- 17) la constatation du droit aux soins palliatifs;
- 18) l'assistance à la Caisse nationale de santé dans le cadre du contrôle des mémoires d'honoraires établis par les prestataires de soins;
- 19) la saisine de la Commission de nomenclature en vue de l'introduction de nouveaux actes, de la précision du libellé d'actes litigieux ou de la révision d'actes existants.**

Les attributions prévues à l'alinéa 1, points 1) à 6) et 12), sont exercées également pour les incapacités de travail indemnisées au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail, suivant des critères à définir par les statuts de la Caisse nationale de santé.

Les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale à caractère médical et à portée individuelle s'imposent aux institutions et administrations concernées qui peuvent demander de la part du Contrôle médical la motivation de son avis en vue d'appuyer leur position devant le Conseil arbitral et le Conseil supérieur de la sécurité sociale. Sans préjudice des dispositions qui précèdent, le Conseil arbitral et le Conseil supérieur de la sécurité sociale peuvent en tout état de cause instituer des experts indépendants. Si l'avis du Contrôle médical a été contredit par expertise médicale en première instance, l'institution ou l'administration concernée juge elle-même de l'opportunité de l'appel.

Si pour une même personne il y a contrariété entre les avis d'un médecin-conseil du Contrôle médical de la sécurité sociale et la Cellule d'évaluation et d'orientation, l'affaire est portée devant le médecin directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale qui arrête l'avis définitif.

En vue de l'attribution visée à l'alinéa 1, point 9, le Contrôle médical de la sécurité sociale est autorisé à créer une banque de données des incapacités de travail de tous les assurés. Les employeurs sont tenus de transmettre au Contrôle médical de la sécurité sociale, le cas échéant, sur support informatique les données nominatives concernant les congés de maladie des personnes relevant des caisses visées à l'article 44."

65° L'article 421, alinéa 1 est abrogé. Les alinéas 2 et 3 actuels deviennent les alinéas 1 et 2 nouveaux.

62° L'article 454, paragraphe 3, alinéa 6 prend la teneur suivante:

„Les chambres professionnelles désignent les candidats par vote secret à l'urne au scrutin de liste, suivant les règles de la représentation proportionnelle, l'ordre de présentation des candidats se faisant suivant les résultats obtenus lors de ce vote. En cas d'égalité de voix, la priorité revient au candidat le plus âgé. Les conditions et les modalités de la désignation des candidats sont déterminées par règlement grand-ducal.“

67° L'article 454, paragraphe 4 prend la teneur suivante:

„Pour les litiges visés à l'article 47, paragraphes 2, 4 et 6, aux articles 72 et 73, les deux assesseurs visés à l'alinéa 1er du paragraphe qui précède sont choisis parmi les trois assesseurs nommés pour une durée de cinq ans par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale respectivement sur base d'une liste de candidats présentée en nombre double par le ou les groupements professionnels ayant signé chacune des conventions prévues à l'article 61, alinéa 2 ainsi que sur base d'une liste de candidats à présenter en nombre double par le comité directeur de la Caisse nationale de santé.“

68° L'article 454, paragraphe 7, alinéa 2 prend la teneur suivante:

„Sauf dans les cas prévus à l'article 47, paragraphes 2, 4 et 6, aux articles 59, 62, 70, 72bis, 73, 382, 457 du présent Code et à l'article 24 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension, le Conseil supérieur de la sécurité sociale se compose en outre de deux assesseurs nommés pour une durée de cinq ans par le ministre

~~ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. Les dispositions du paragraphe 3 sont applicables.~~

Art. 2.– La loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers est modifiée comme suit:

1° L'article 1 est modifié comme suit:

a) Le point c) de l'alinéa 1 prend la teneur suivante:

„c) aux établissements d'accueil pour personnes en fin de vie;“

b) L'alinéa 4 prend la teneur suivante:

„En outre ils peuvent accomplir une mission d'enseignement et de recherche en matière de santé.“

b) La définition de l'alinéa 5, sous c) prend la teneur suivante:

„c) „établissement d'accueil pour personnes en fin de vie“, tout établissement qui répond principalement aux besoins des personnes en fin de vie qui y accueillies, à l'exclusion de soins à visée principalement curative;“

2° L'article 2 prend la teneur suivante:

„**Art. 2.** Le ministre ayant dans ses attributions la Santé assure la coordination de tous les établissements hospitaliers.

Un plan hospitalier national répondant tant aux besoins sanitaires du pays, qu'aux contraintes d'une utilisation efficiente des ressources du système hospitalier, en coordination avec les autres prestataires de soins de santé, sera établi par règlement grand-ducal, le collège médical et la Commission permanente pour le secteur hospitalier demandés en leurs avis, et sur la base des données à fournir par la carte sanitaire du Grand-Duché.

En fonction des besoins sanitaires nationaux, le plan hospitalier:

- arrête les modalités détaillées selon lesquelles sont classés les différents établissements hospitaliers et procède au classement des établissements existants;
- définit les différents services hospitaliers pouvant être autorisés, ainsi que pour chacun de ces services le nombre maximal autorisable au niveau national;
- définit les différents centres de compétences pouvant être autorisés, ainsi que pour chaque centre de compétences le nombre maximal autorisable au niveau national;
- détermine les actes techniques qui doivent être effectués exclusivement en milieu hospitalier.

Les services à caractère unique prendront la dénomination de services nationaux. Les centres de compétences à caractère unique prendront la dénomination de centres de compétences nationaux.

Pour chaque service hospitalier, le plan hospitalier peut fixer les nombres minimal et maximal de médecins autorisés à y exercer. Ces nombres seront fixés en fonction des impératifs de continuité des soins et d'activité moyenne minimale par médecin requise.

3° L'article 3 est modifié comme suit:

a) L'énumération de l'alinéa 1 est complétée par un point e) nouveau, ainsi rédigé:

„e) l'inventaire des établissements ou services prestataires en milieu extrahospitalier collaborant activement avec le secteur hospitalier dans le cadre de filières de soins intégrées ou de centres de compétences.“

b) L'alinéa 3 prend la teneur suivante:

„Le ministre ayant dans ses attributions la Santé peut par ailleurs recourir aux données dépersonnalisées des administrations publiques, des établissements publics ou d'autres organismes luxembourgeois ou étrangers, ainsi que des différents établissements hospitaliers, relatives:

- aux séjours hospitaliers des différents patients: diagnostics, interventions, techniques spéciales, services d'hospitalisation et durée de séjour, âge, date d'admission, destination du patient après sortie;
- à l'utilisation des équipements médicaux des établissements hospitaliers: fréquence des différentes prestations par patient hospitalisé et ambulatoire, nombre de patients;

– à la fréquence et aux raisons du recours aux établissements hospitaliers étrangers.“

4° L'article 4, alinéa 2 est complété par la phrase suivante:

„Ces conditions particulières peuvent le cas échéant concerner les qualifications médicales et professionnelles ou les équipements médico-techniques représentés ou pouvant être représentés, des impératifs d'activité minimale, la participation à des filières de soins intégrées, ainsi que des modes de prise en charge préférentiels pour certaines maladies ou groupes de maladies.“

5° L'article 5, alinéa 1 est complété par la phrase suivante:

„Elle peut être subordonnée à des conditions particulières imposées dans l'intérêt de la santé publique. Ces conditions particulières peuvent le cas échéant concerner les qualifications médicales et professionnelles ou les équipements médico-techniques représentés ou pouvant être représentés, des impératifs d'activité minimale, la participation à des filières de soins intégrées, ainsi que des modes de prise en charge préférentiels pour certaines maladies ou groupes de maladies.“

4° L'article 7, paragraphe 1 prend la teneur suivante:

„(1) Lorsqu'il appert, au vu d'un rapport du Directeur de la Santé qu'un établissement ou service hospitalier:

- **ne répond plus aux normes établies conformément à l'article 10 de la présente loi, ou**
- **ne respecte pas les conditions particulières lui imposées dans l'intérêt de la santé publique conformément aux articles 2 et 4 de la présente loi, ou**
- **contrevient de façon itérative aux dispositions de la présente loi,**

le ministre ayant dans ses attributions la Santé mettra l'organisme gestionnaire de l'établissement en question en demeure de se conformer aux normes dans un délai qu'il fixera et qui ne pourra pas être inférieur à une année ni dépasser cinq ans. Passé ce délai et à défaut par l'organisme gestionnaire de s'être conformé aux prescriptions, le ministre ayant dans ses attributions la Santé peut ordonner la fermeture de l'établissement ou du service après avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier. Ces avis doivent être fournis dans le mois de leur saisine.“

5° L'article 10, alinéa 2, point 2) prend la teneur suivante:

„2) l'aménagement et l'organisation de chaque type de service, notamment les conditions minima concernant les infrastructures, les équipements, le personnel tant médical que certaines professions de santé ainsi que les procédures, les activités, et les modalités de documentation de l'activité, ainsi que l'évaluation des résultats d'activités.“

6° L'article 12 prend la teneur suivante:

„Art. 12. Sur décision de leurs organismes gestionnaires respectifs, des établissements hospitaliers peuvent mettre en commun des activités et bénéficier à ce titre des aides prévues à l'article qui précède, lorsqu'ils procèdent à des investissements communs.

Ces mises en commun doivent respecter les impératifs en matière de sécurité, de continuité des soins et de qualité de la prise en charge.“

7° L'article 13, alinéa 2 prend la teneur suivante:

„Un règlement grand-ducal détermine les modalités détaillées de la procédure de demande, notamment en ce qui concerne:

- les délais et modalités d'instruction du dossier;
- les pièces justificatives à joindre;
- les cas dans lesquels une étude des besoins et de l'impact sur le système de santé est requise, ainsi que l'étendue et les modalités de cette étude.“

8° L'article 18 prend la teneur suivante:

„Art. 18. Il est institué un commissaire de Gouvernement aux hôpitaux, qui est nommé par le Gouvernement en Conseil sur proposition du ministre ayant dans ses attributions la Santé.

La mission du commissaire consiste à:

- contrôler l'affectation des subventions publiques;
- contrôler la gestion administrative et financière des hôpitaux;

- faire des propositions en relation avec une meilleure utilisation des ressources;
- faciliter les projets d'intérêt commun des établissements hospitaliers;
- de tenir, sur base des informations à fournir par les établissements hospitaliers, le registre des médecins agréés dans les différents services hospitaliers.

Le commissaire de gouvernement peut prendre connaissance sans déplacement, des livres, procès-verbaux, factures et généralement de toutes les écritures relatives aux opérations administratives et financières de l'établissement. Il peut assister avec voix consultative aux délibérations de toute commission ou organe consultatif sous tutelle du ministre ayant dans ses attributions la Santé, lorsqu'un tel organe est saisi d'une question concernant le secteur hospitalier.

Il rend notamment compte de sa mission au ministre ayant dans ses attributions la Santé au moyen d'un rapport annuel qu'il adresse avant le 1er avril de l'année suivant l'exercice budgétaire visé.“

9° L'article 19 est modifié comme suit:

a) L'alinéa 2, point 5) prend la teneur suivante:

„5) les projets d'établissement.“

b) L'alinéa 4 prend la teneur suivante:

„La commission se compose:

- de deux représentants du ministre ayant dans ses attributions la Santé dont l'un est le Directeur de la Santé ou son représentant;
- de deux représentants du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité Sociale dont l'un est le directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale ou son représentant;
- d'un représentant du ministre ayant dans ses attributions le Budget;
- de trois représentants de la Caisse nationale de santé dont l'un est le président ou son représentant;
- de deux représentants proposés par le groupement le plus représentatif des hôpitaux luxembourgeois;
- de deux représentants des professions de la santé dont l'un est médecin proposé par l'association la plus représentative des médecins et médecins-dentistes et l'autre professionnel de santé proposé par le conseil supérieur des professions de santé.“

c) Les alinéas 8 et 9 prennent la teneur suivante:

„La commission est présidée par le directeur de la Santé ou son représentant. Elle peut se constituer en sous-commissions de travail et s'adjoindre des experts. Les avis de la commission sont pris dans le délai fixé par le ministre ayant dans ses attributions la Santé à la majorité des voix, chaque membre pouvant faire constater son vote au procès-verbal et y faire joindre un exposé de ses motifs. Le vote séparé et l'exposé des motifs sont transmis aux ministres compétents. En cas d'égalité des voix, celle du président est prépondérante.

Si les représentants de la Caisse nationale de santé opinent que la décision à prendre comporte des répercussions financières importantes pour l'assurance maladie-maternité, ils demandent une prolongation du délai fixé afin de faire examiner la proposition soumise par expertise à charge de la Caisse nationale de santé. La prolongation doit être accordée par le ministre ayant dans ses attributions la Santé et ne saurait être inférieure à trois mois.“

10° L'article 23 prend la teneur suivante:

„**Art. 23.** Dans chaque hôpital, groupement d'hôpitaux et établissement hospitalier spécialisé, l'organisme gestionnaire met en place des structures et des mécanismes de gestion des risques, d'évaluation et de promotion de la qualité des prestations, ainsi que de prévention, de signalement et de lutte contre les événements indésirables, y inclus la prévention et le contrôle de l'infection nosocomiale.

La coordination nationale des structures visées à l'alinéa qui précède est assurée par le Comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières. Les frais de fonctionnement et les indemnités des membres du Comité national de coordination sont à charge du budget de l'Etat.

Un règlement grand-ducal précise les missions et la composition minimale de ces structures, les modalités relatives à leur coordination, ainsi que l'indemnité des membres du Comité national de coordination.“

11° L'article 26 est modifié comme suit:

a) L'alinéa 1 prend la teneur suivante:

„Dans les hôpitaux, l'activité médico-soignante s'exerce dans des services médicaux autorisés conformément aux articles 4 et 5 et structurés conformément aux projets de service établis en cohérence avec le projet d'établissement dont question à l'article 22.

Chaque service constitue une unité d'organisation et de gestion comportant une ou plusieurs unités de soins. Par unité de soins on entend une unité fonctionnelle soit d'hospitalisation, soit médico-technique, prenant en charge des patients, située dans une même enceinte architecturale et relevant d'une dotation et d'une gestion commune.

L'organisation médicale et soignante des services médicaux est fixée dans le règlement général de l'hôpital.

b) L'alinéa 5 est abrogé.

14° ~~A la suite de l'article 26 est introduit un article 26bis nouveau, rédigé comme suit:~~

~~„Art. 26bis. Un ou plusieurs services médicaux peuvent faire partie d'une filière de soins, qui est constituée par un ensemble des prestataires, médicaux et professionnels de santé, concomitants ou séquentiels, impliqués dans la prise en charge de patients présentant une maladie ou un groupe de maladies.~~

~~La filière de soins est reconnue „filière de soins intégrée“ lorsque:~~

~~— l'intégration verticale et horizontale des prestataires fait l'objet d'accords dans le but d'une coordination des actions de santé et d'une responsabilisation commune des prestataires par rapport au devenir du patient et aux résultats de la prise en charge des patients auxquels la filière s'adresse; et~~

~~— les conditions et modalités de l'intégration répondent aux exigences d'un contrat d'objectifs et de moyens conclu avec le ministre ayant dans ses attributions la Santé et la Caisse nationale de santé.~~

~~Un „centre de compétences“ est:~~

~~— une entité organisationnelle rassemblant une ou plusieurs filière(s) de soins intégrée(s), assurant la prise en charge de patients présentant une maladie ou un groupe de maladies, et~~

~~— répondant aux exigences d'un contrat d'objectifs et de moyens conclu avec le ministre ayant dans ses attributions la Santé et la Caisse nationale de santé.~~

~~Préalablement à la conclusion d'un contrat d'objectifs et de moyens attribuant l'appellation „centre de compétences“ ou „filière de soins intégrée“ dont question aux alinéas qui précèdent, le ministre ayant dans ses attributions la Santé et la Caisse nationale de santé font appel aux prestataires à travers un cahier des charges préalable, qui renseigne sommairement les conditions et modalités du contrat d'objectifs et de moyens envisagé.~~

~~Le contrat d'objectifs et de moyens définitif fixe notamment les objectifs, les critères de qualification et de compétence des prestataires, de volume d'activité, les modalités de documentation des indicateurs de résultats et le contenu du rapport annuel d'activité.~~

~~Un règlement grand-ducal précise les modalités et détails de la procédure à suivre, y inclus les cas et conditions de renouvellement et de résiliation des conventions d'objectifs et de moyens attribuant l'appellation „centre de compétences“ ou „filière de soins intégrée“.~~

12° L'article 29 est complété comme suit:

„Des médecins-coordonateurs, nommés par l'organisme gestionnaire, participent au sein du département médical et sans préjudice des attributions de la direction médicale, au développement et à la coordination de l'activité médicale du service et du groupement de services hospitaliers conformément aux objectifs du ou des projet(s) de service afférents et aux orientations du projet d'établissement.

Ils assurent des fonctions de coordination et de planification de l'activité médicale du ou des service(s) et veillent:

- au bon fonctionnement du ou des services et à la qualité des prestations;*
- à la standardisation de la prise en charge de patients;*

– à l'utilisation efficiente des ressources disponibles.

Ils exercent leurs missions en collaboration avec le responsable des soins et le pharmacien responsable.

Dans l'exercice de leurs missions ils disposent d'un droit de regard sur l'activité de tous les intervenants du ou des services.

Un règlement grand-ducal précise le statut, les missions et les attributions des médecins-coordonateurs, ainsi que les modalités de leur désignation.“

13° L'article 31 prend la teneur suivante:

„Art. 31. Le médecin hospitalier est lié à l'établissement hospitalier soit par un contrat de travail, soit par un contrat de collaboration. Le médecin hospitalier exerce son activité à titre principal ou accessoire dans un ou plusieurs services hospitaliers sous sa propre responsabilité et sans lien de subordination sur le plan médical.

Le médecin:

- respecte le cadre défini par le règlement général visé à l'article 23;
- participe à la continuité des soins et des gardes;
- déclare et documente ses prestations effectuées à l'hôpital;
- participe à la démarche qualité et à la prévention des risques;
- utilise de manière efficiente les ressources disponibles.

Les contrats de collaboration des prestataires de soins non salariés exerçant dans les hôpitaux et établissements hospitaliers spécialisés doivent correspondre à un contrat-type, dont le contenu minimal est arrêté d'un commun accord entre les différents groupements professionnels des prestataires de soins et les groupements des hôpitaux prévus à l'article 62 du code des assurances sociales. A défaut de cet accord, le ministre de la Santé peut arrêter le contrat-type.“

14° L'article 33 prend la teneur suivante:

„Art. 33. La pharmacie hospitalière, obligatoire dans tout hôpital et établissement hospitalier visé à l'article 1er sous a) à c), fonctionne sous l'autorité et la surveillance d'un pharmacien-gérant.

Elle peut fonctionner sous forme d'un service intégré à l'établissement hospitalier ou être assurée à travers une structure interne réduite associée à une structure en dehors de l'établissement hospitalier, de façon à garantir la continuité des soins et les besoins urgents de l'établissement hospitalier. La structure en dehors de l'établissement hospitalier peut être une pharmacie hospitalière intégrée à un autre établissement hospitalier ou une structure à part commune à plusieurs établissements hospitaliers. ~~qui peuvent, le cas échéant, relever de plusieurs régions hospitalières.~~

Un règlement grand-ducal détermine les conditions auxquelles la pharmacie hospitalière ou la structure à part doit répondre, ~~notamment~~ en ce qui concerne:

- les exigences et modalités d'organisation et d'aménagement, y inclus les surfaces et équipements minimaux requis;
- les exigences et conditions auxquelles le pharmacien-gérant, les pharmaciens-assistants et le personnel doivent répondre, ainsi que leur statut et leurs attributions;
- les conditions et exigences minimales du stock pharmaceutique;
- l'organisation de la distribution des médicaments et autres produits relevant de la pharmacie hospitalière dans des conditions de sécurité et de qualité optimales, en assurant leur traçabilité;
- les catégories de médicaments ou autres produits relevant de la pharmacie hospitalière qui peuvent être délivrés à des patients ne séjournant pas à l'hôpital, ainsi que les modalités et conditions sous lesquelles la délivrance peut se faire.“

15° Les articles 16, 21, 34 et 35 sont abrogés.

Dispositions financières

Art. 3. Par dérogation à l'article 28, alinéa 1er du Code de la sécurité sociale, la limite inférieure de la réserve y prévue est réduite pour l'exercice 2011 à 5,5 pour cent, pour l'exercice 2012 à 6,5 pour cent, pour l'exercice 2013 à 7,5 pour cent et pour l'exercice 2014 à 8,5 pour cent.

Art. 4. Par dérogation aux articles 65, alinéa 2, et 67 à 70 du Code de la sécurité sociale, les valeurs des lettres-clés des prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, points 1 à 7 et 12 sont maintenues par rapport à leur valeur applicable au 31 décembre 2010 au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 pour la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2012.

Toutefois pour la même période, et par dérogation à l'alinéa précédent, la valeur de la lettre-clé de la nomenclature des médecins est fixée à 0,51109 à l'indice 100, celle de la nomenclature des médecins-dentistes est fixée à 0,62021 à l'indice 100 et celle de la nomenclature des infirmiers est fixée à 0,65251 à l'indice 100.

Art. 5. Par dérogation à l'article 65 du Code de la sécurité sociale, un règlement grand-ducal détermine les réductions nécessaires à opérer sur les coefficients des actes et services prévus dans les nomenclatures des médecins et des médecins-dentistes applicables au 31 décembre 2010, afin de dégager au profit de l'assurance maladie-maternité une économie correspondant pour l'exercice 2011 par rapport aux dépenses arrêtés dans le décompte de 2009 de la Caisse nationale de santé, à un montant de 6 millions d'euros au minimum et de 6,5 millions d'euros au maximum.

La Caisse nationale de santé et les groupements professionnels représentatifs des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique déterminent, dans le cadre et suivants les modalités prévues à l'article 65 du Code de la sécurité sociale, les adaptations à apporter aux coefficients des actes de la nomenclature afférente, afin de dégager au profit de l'assurance maladie-maternité une économie correspondant pour l'exercice 2011, par rapport aux dépenses arrêtées dans le décompte de l'exercice 2009 de la Caisse nationale de santé, à un montant de 2 millions d'euros au minimum et de 2,5 millions d'euros au maximum. Au cas où les mesures susceptibles d'engendrer les économies prévues ne peuvent entrer en vigueur pour le 1er avril 2011, les adaptations tarifaires correspondantes sont opérées par dérogation aux dispositions de l'article 65 précité par voie de règlement grand-ducal.

Art. 6. Par dérogation à l'article 74 du Code de la sécurité sociale, la progression annuelle, au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948, de l'enveloppe budgétaire globale pour la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2012 par rapport à l'année 2010 est fixée à 3 pour cent.

L'article 77 est suspendu pour les années 2011 et 2012.

Chaque établissement hospitalier soumet son budget pour les deux exercices à venir au plus tard le 1er mars 2011 à la Caisse nationale de santé.

Avant le 1er mai 2011, la Caisse nationale de santé soumet par écrit tout différend éventuel à une commission des budgets hospitaliers instituée dans le cadre de la convention prévue à l'article 75. Cette commission est composée de deux représentants de la Caisse nationale de santé et de deux représentants des hôpitaux, dont un de l'hôpital concerné, ainsi que d'un président désigné d'un commun accord par les parties. Si les parties ne s'entendent pas sur la personne du président, celui-ci est désigné d'après les modalités prévues à l'article 69, alinéa 2.

La commission est chargée d'une mission de conciliation dans le cadre de l'établissement des budgets à arrêter entre la Caisse nationale de santé et les différents hôpitaux. Si la commission ne parvient pas à concilier les parties dans les deux mois de la saisine, elle tranche le litige en dernier ressort avant le 1er juillet 2011.

Dispositions abrogatoires

Art. 7. L'article 18bis de la loi modifiée du 11 avril 1983 portant réglementation de la mise sur le marché et de la publicité des médicaments est abrogé.

Art. 8. L'article 2, alinéa 5 de la loi modifiée du 17 mai 2004 relative à la concurrence est abrogée.

Dispositions transitoires

Art. 9. *En attendant la constitution de la Commission de nomenclature suivant les modalités de désignation prévues par la présente loi, ses attributions sont provisoirement exercées par la Commission de nomenclature en fonction au 31 décembre 2010 jusqu'au 30 juin 2011.*

Art. 10. Les autorisations d'exploitation d'un service de base d'un établissement hospitalier, accordés par le ministre ayant la Santé dans ses attributions en application du règlement grand-ducal du 13 mars 2009 établissant le plan hospitalier national et déterminant les missions et la composition minimales des structures d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières et les modalités de coordination nationale de ces structures, restent valables.

Art. 11. Les anciens articles 47, 51, 72, 72bis, 73, 146, alinéa 2, 383, 393 et 393bis du Code de la sécurité sociale demeurent applicables pour les litiges ayant fait l'objet d'une décision présidentielle de l'institution compétente avant le 31 décembre 2010.

Aux fins de la constitution de la Commission de surveillance visée aux articles 72, 73, 73bis, 393, 393bis et 393ter nouveaux du Code de la sécurité sociale, il sera procédé au cours du mois de janvier 2011 aux nominations et à l'établissement des listes d'après les dispositions de la présente loi.

Art. 12. Par dérogation aux dispositions de l'article 69, alinéa 2, point 3) du Code de la sécurité sociale, le premier délai de négociation disponible pour l'élaboration des dispositions obligatoires de la convention visées à l'article 64 et à l'article 66, alinéa 3 est fixé à dix-huit mois à partir de la convocation faite par la Caisse nationale de santé.

Art. 13. (1) Aux fins de la mise en place de la Cellule d'expertise médicale les ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale sont autorisés à procéder, au courant de l'exercice 2011, par dépassement des nombres limites prévus par la loi budgétaire à l'engagement, à titre permanent et à tâche complète:

- 1) pour les besoins de la Direction de santé d'un fonctionnaire de la carrière supérieure du médecin-chef de service;
- 2) pour les besoins du Contrôle médical de la sécurité sociale d'un fonctionnaire de la carrière supérieure du médecin-conseil;
- 3) pour les besoins de l'Inspection générale de la sécurité sociale de deux fonctionnaires de la carrière moyenne du rédacteur et de deux employés de l'Etat de la carrière S pouvant se prévaloir d'une formation respectivement en économie de la santé et en sciences mathématiques.

(2) Pour les emplois prévus dans la carrière S au paragraphe 1 sous 3), l'Inspection générale de la sécurité sociale peut procéder par dérogation à l'article 3, alinéa 2 de la loi modifiée du 27 janvier 1972 fixant le régime des employés de l'Etat à l'engagement de l'expert en économie de la santé occupé actuellement dans le cadre d'un contrat de prestations de service et de la licenciée en mathématiques occupée dans le cadre d'un projet de recherche.

(3) Par dépassement des nombres limites fixées dans la loi budgétaire, le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale est autorisé à procéder au courant de l'exercice 2011 à l'engagement, à titre permanent et à tâche complète, de deux fonctionnaires de la carrière supérieure du médecin-conseil pour les besoins du Contrôle médical de la sécurité sociale.

(4) Par dépassement des nombres limites fixées dans la loi budgétaire, le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale est autorisé à procéder au courant de l'exercice 2011 à l'engagement, à titre permanent et à tâche complète, d'un fonctionnaire de la carrière supérieure pouvant se prévaloir d'une formation en économie ou en statistiques et d'un fonctionnaire de la carrière moyenne du rédacteur pour les besoins de l'Inspection générale de la sécurité sociale.

Art. 14. *L'Etat prend en charge, jusqu'au 31 décembre 2013, une dotation annuelle de 20 millions d'euros au profit de l'assurance maladie-maternité destinée à compenser de façon forfaitaire les*

charges supplémentaires incombant à la Caisse nationale de santé du fait de l'incorporation des prestations en espèces de maternité dans le régime général de l'assurance maladie-maternité.

L'Inspection générale de la sécurité sociale est chargée d'évaluer cette somme avant l'échéance susvisée.

Entrée en vigueur

Art. 15. La présente loi sort ses effets au 1er janvier 2011, à l'exception de:

- l'article 1er, point 8 introduisant un nouvel article 19bis dans le Code de la sécurité sociale qui entre en vigueur le 1er janvier 2012;
- l'article 1er, point 11 introduisant un nouvel article 22bis dans le Code de la sécurité sociale qui entre en vigueur le 1er janvier 2012;
- l'article 1er, point 12 introduisant un nouvel article 22ter dans le Code de la sécurité sociale et de l'article 8 du projet de loi qui entrent en vigueur le 1er septembre 2011;
- l'article 1er, point 46 modifiant l'article 74, alinéa 7 du Code de la sécurité sociale qui entre en vigueur le 1er avril 2011.

6196/04

N° 6196⁴**CHAMBRE DES DEPUTES**

Session ordinaire 2010-2011

PROJET DE LOI**portant réforme du système de soins de santé et modifiant:**

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

* * *

**AVIS DE LA COMMISSION NATIONALE POUR
LA PROTECTION DES DONNEES**

(24.11.2010)

Conformément à l'article 32 paragraphe (3) lettre (e) de la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel (ci-après désignée „la loi du 2 août 2002“), la Commission nationale pour la protection des données a notamment pour mission d'aviser „tous les projets ou propositions de loi portant création d'un traitement de même que sur toutes les mesures réglementaires ou administratives émises sur base de la présente loi“.

Faisant suite à la demande lui adressée par Monsieur le Ministre de la sécurité sociale en date du 12 novembre 2010, la Commission nationale expose ci-après ses réflexions et commentaires au sujet du projet de loi No 6196 portant réforme du système de soins de santé et modifiant: 1. le Code de la Sécurité sociale; 2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers (ci-après: le projet de loi).

Au vu des contraintes de délai, elle entend limiter son analyse aux aspects relatifs au dossier de soins partagé.

*

AVANT-PROPOS

La Commission nationale a été consultée à plusieurs reprises par le Ministère de la Santé au cours de l'élaboration du programme eSanté. C'est dans le cadre de ces travaux qu'elle faisait valoir que la création et la mise en place d'un dossier médical électronique partagé devaient être inscrites dans la loi. Elle note avec satisfaction que les auteurs du projet de loi ont suivi cette recommandation.

Si l'instauration d'un dossier médical partagé recueillant les principales informations sur le parcours de santé de chaque patient peut incontestablement présenter des avantages non négligeables, elle entraîne aussi des risques.

Ainsi, un dossier médical électronique peut contribuer à améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients. En effet, le regroupement des renseignements donne aux professionnels de santé une meilleure connaissance de l'anamnèse du patient et des interventions effectuées précédemment par d'autres confrères, ce qui facilite le choix d'un traitement approprié.

Mais, avec la mise en place d'un dossier médical virtuel partagé à travers une plateforme d'échange, la relation classique qu'entretient le patient avec son médecin „en binôme“ peut s'en trouver affectée. Les informations sont recueillies, conservées et utilisées avec le consentement du malade par le médecin qu'il a librement choisi et qui est tenu d'en sauvegarder le secret en vertu des règles de déontologie médicale.

L'introduction du dossier électronique partagé vise à élargir dorénavant l'accessibilité des renseignements qu'il contient et à permettre une vue d'ensemble des résultats de tous les examens, des traitements et soins prodigués¹.

Par ailleurs, se pose la question de comment prévenir de façon suffisante les risques d'interception et les utilisations abusives du dossier de soins partagé, compte tenu de l'ampleur inédite du traitement des données de santé et de la multiplication des destinataires. Il a été retenu que „certains éléments des dossiers médicaux, lorsqu'ils sont utilisés hors de la relation médecin-malade, peuvent nuire au patient. Les données médicales font partie de la sphère la plus intime des personnes. La divulgation non autorisée des données médicales à caractère personnel peut donc être à l'origine de différentes sortes de discrimination, et même de la violation de droits fondamentaux“.²

C'est pour conserver cette relation de confiance que le législateur doit prévoir des garanties particulières.

La Commission nationale relève que le projet de loi définit avec précision les finalités du dossier de soins partagé. L'article 1er point 32° qui introduit un article 60quater au Code de la sécurité sociale précise que le dossier de soins partagé a pour finalités la sécurité, la continuité des soins, la coordination des soins et une utilisation efficiente des services de santé. Ces finalités s'inscrivent dans les finalités retenues par le groupe de travail „Article 29“ dans son avis³.

*

1. LE CRITERE DE LEGITIMATION

Les dossiers de soins partagés contiendront des données de santé qualifiées de données sensibles au sens de l'article 8 paragraphe 1 de la directive 95/46/CE⁴ du Parlement Européen et du Conseil du 24 octobre 1995 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (ci-après: la directive 95/46/CE).

Cette disposition⁵, reprise de l'article 6 de la Convention 108 du Conseil de l'Europe⁶ pose le principe de l'interdiction de tout traitement des données relatives à la santé.

Cette interdiction générale est toutefois assortie à l'article 8 paragraphes 2 à 5 de ladite directive, de dérogations qui sont „limitées, exhaustives et (qui) doivent être interprétées strictement“⁷.

La création et la mise en place d'un dossier de soins partagé peut se justifier par l'article 8 paragraphe 4 de la directive 95/46/CE qui pose comme conditions que:

1. cette dérogation soit inscrite dans une disposition légale ou une décision de l'autorité de contrôle,
2. le traitement soit justifié par un motif d'intérêt public important et
3. des garanties spécifiques et appropriées soient prévues afin de protéger les droits fondamentaux et la vie privée des personnes.

La Commission nationale estime que l'introduction d'un système généralisé de dossiers électroniques partagés répond au critère posé à l'article 8 paragraphe 4 de la directive 95/46/CE dès lors que le projet de loi apporte les garanties appropriées suffisantes en matière de protection de la vie privée et des données personnelles.

*

1 page 3 du document de travail sur le traitement des données à caractère personnel relatives à la santé contenues dans les dossiers médicaux électroniques adopté le 15 février 2007 par le Groupe de travail „Article 29“ sur la protection des données (WP 131), ci-après le „document de travail WP131“

2 Exposé des motifs relatif à la recommandation Rec(97)5 du Conseil de l'Europe relative à la protection des données médicales, point No 9

3 page 1 du document de travail de travail WP 131

4 „Les Etats membres interdisent (...) le traitement des données relatives à la santé et à la vie sexuelle“

5 Cette disposition a été transposée à l'article 6 de la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard des traitements des données à caractère personnel.

6 Convention pour la protection des personnes à l'égard du traitement informatisé des données à caractère personnel du 28 janvier 1981

7 page 9 du document de travail WP 131

2. LA QUESTION DE LA RESPONSABILITE DU TRAITEMENT

Le droit de la protection des données repose sur des droits et obligations, énumérés dans la directive 95/46/CE⁸, dont le respect doit être assuré par le ou les responsables du traitement.

Le groupe de travail „Article 29“ retient que *„tout système de DME [dossier médical électronique] doit (...) garantir que le risque d’atteintes à la vie privée dû au stockage de données médicales et à la fourniture de ces données soit adéquatement contrebalancé par la responsabilité pour le préjudice causé, par exemple par l’utilisation incorrecte ou non autorisée de données des DME⁹“.*

Il résulte de l’économie générale du projet de loi que la responsabilité est exercée de manière conjointe.

A défaut d’indications précises dans le texte, la Commission nationale estime pouvoir reconstituer une répartition des responsabilités entre les différents acteurs en fonction de leur rôle attribué par les dispositions proposées.

Ainsi, tout médecin qui consulte le dossier de soins partagé est tenu de traiter les données de manière loyale et licite et dans le respect des finalités légales du traitement.

Ces obligations sont prévues à l’article 4 de la loi modifiée du 2 août 2002 qui dispose que *„le responsable du traitement doit s’assurer que les données qu’il traite le sont loyalement et licitement, et notamment que ces données sont: (a) collectées pour des finalités déterminées, explicites et légitimes, et ne sont pas traitées ultérieurement de manière incompatible avec ces finalités (...)“.*

Ensuite, le médecin qui inscrit des informations dans un dossier de soins partagé est tenu de vérifier l’exactitude de ses informations et il doit s’astreindre, conformément aux exigences du projet de loi sous examen, à intégrer les données *„utiles et pertinentes“*.¹⁰

L’article 4, paragraphe (1), lettres (b) et (c) de la loi du 2 août 2002 précise que le responsable du traitement doit s’assurer que les données qu’il traite sont *„adéquates, pertinentes et non excessives au regard des finalités (...) (et) exactes et, si nécessaire, mises à jour (...)“.*

Le nouvel article 60quater du Code de la sécurité sociale tel que proposé dans le projet de loi prend d’ailleurs soin de réserver à tout professionnel de la santé la possibilité d’accéder ultérieurement aux données qu’il a inscrit dans un dossier de soins partagé.

Pour sa part, le médecin référent se voit attribuer un rôle plus important dans le fonctionnement du dossier de soins partagé. Ses missions sont plus nombreuses que celles qui incombent aux différents intervenants isolés. L’article 1er point 8° du projet de loi, qui crée l’article 19bis du Code de la sécurité sociale précise que le médecin référent a notamment pour mission de *„3) suivre régulièrement le contenu du dossier de soins partagé de l’assuré (...)“.* Cette disposition, même si elle ne confère pas la maîtrise totale du dossier, attribue au médecin référent des prérogatives significatives dans le traitement de données.

Le groupe de travail „Article 29“ suggère d’ailleurs qu’une seule personne soit responsable envers les patients de l’usage correct des demandes d’accès.

*„Les systèmes de DME (dossier médical électronique) sont toutefois des systèmes de mise en commun d’informations qui comptent de nombreux responsables du traitement des données. Dans ces conditions, une seule institution spéciale doit être responsable envers les personnes concernées du traitement correct des demandes d’accès. Vu la complexité prévisible d’un DME pleinement opérationnel et la nécessité de faire en sorte que les patients aient confiance dans le système, il semble essentiel que les patients dont les données sont traitées dans un DME sachent comment contacter un partenaire responsable avec lequel ils peuvent discuter des éventuelles lacunes du système. Des dispositions spéciales à cet effet devront être incluses dans tout règlement sur les systèmes de DME.“*¹¹

⁸ Qui transpose l’article 6 de la directive 95/46/CE

⁹ Document de travail WP 131, page 23 point 10 paragraphe 1er

¹⁰ article 60quater paragraphe (2) du Code de la Sécurité sociale tel que proposé dans le projet de loi

¹¹ Pages 23 et 24 du document de travail WP 131

Enfin, l'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé (ci-après: l'Agence), instituée par l'article 60ter du Code de la sécurité sociale est notamment chargée d'une mission technique et administrative pour mettre en place l'architecture technique et organisationnelle du dossier de soins partagé. Cette agence a une mission stratégique active qui incombe, en vertu de l'article 17 de la directive 95/46/CE au responsable du traitement¹². Il est vrai que le projet de loi sous examen prévoit que les mesures de sécurité seront déterminées par règlement grand-ducal. Il n'en reste pas moins que l'Agence a une responsabilité particulière en matière de sécurité du système.

La Commission nationale note par ailleurs que les différents intervenants doivent en tout état de cause, chacun pour ce qui le concerne, assumer les obligations prévues aux articles 21 à 23 de la loi du 2 août 2002 en matière de sécurité du traitement.

Tout responsable du traitement est tenu de respecter l'obligation d'information vis-à-vis des personnes concernées¹³. La Commission nationale pense qu'une information appropriée sur le fonctionnement du système doit être assurée avant l'ouverture d'un dossier de soins partagé. Il conviendra dans les mesures à préciser ultérieurement dans les dispositions réglementaires comment se passera cette information.

En définitive, la Commission nationale constate que les différentes obligations qui incombent au responsable du traitement sont, dans le projet de loi, éclatées entre différents intervenants au dossier de soins partagé. Or, en cas de non-respect des différentes obligations légales, le texte sous examen ne règle pas la question de la responsabilité. Notons que la loi du 2 août 2002 prévoit des sanctions pénales à l'égard du responsable du traitement¹⁴.

*

3. LE ROLE DU PATIENT DANS LA TENUE DU DOSSIER

Dans son avis précité, le groupe de travail „Article 29“ se penche sur des garanties particulières qui „semblent particulièrement nécessaires dans les systèmes de DME afin de garantir les droits des patients à la protection des données“¹⁵. La première de ces garanties est, selon lui, le respect de l'autodétermination du patient.

Il précise que „même si un système de DME n'a pas que le consentement pour base juridique (article 8 paragraphe 2 de la directive 95/46/CE), la détermination par le patient lui-même de quand et comment ses données sont utilisées devrait constituer une garantie majeure“¹⁶.

L'autodétermination du patient peut se concevoir au niveau de trois stades successifs:

- lors de la création du dossier,
- lors de l'inscription des données dans le dossier et
- lors de la consultation du dossier par les professionnels de santé.

La Commission nationale examine ci-après dans quelle mesure le projet de loi tient compte du principe de l'autodétermination du patient lors de ces trois différents stades.

Lors de la création du dossier

En France, le législateur a prévu que chaque bénéficiaire de l'assurance maladie dispose, avec son consentement, d'un dossier électronique¹⁷.

Le projet de loi sous examen prévoit, à l'inverse de la solution française, qu'un dossier est ouvert d'office pour chaque patient.

Toutefois, il ressort du texte sous examen que le patient peut tout de même avoir un rôle actif lors de la création du dossier. En choisissant un médecin référent, il prend indirectement la décision que

12 „(...) le responsable du traitement doit mettre en oeuvre les mesures techniques et d'organisation appropriées pour protéger les données à caractère personnel contre la destruction accidentelle ou illicite, la perte accidentelle, l'altération, la diffusion ou l'accès non autorisés, notamment lorsque le traitement comporte des transmissions de données dans un réseau ainsi que contre toute autre forme de traitement illicite.“

13 Article 26 de la loi du 2 août 2002 transposant l'article 10 de la directive 95/46/CE

14 Par exemple, article 4 paragraphe (3) ou article 25 ou encore l'article 26 paragraphe (3).

15 Page 14 *in fine* du document de travail WP 131

16 Page 15 du document de travail WP 131

17 Articles L.1111-8 et L.1111-14 et suivants du Code de la santé publique

son dossier sera régulièrement suivi dans le cadre de la continuation de soins¹⁸. En ne désignant pas de médecin référent, son dossier de soins partagé ne sera pas passé en revue régulièrement. Quoiqu'il en soit, le patient peut désigner d'autres médecins qui peuvent consulter son dossier.

Lors de l'inscription des données dans le dossier de soins partagé

Le projet de loi sous examen n'a pas prévu de droit de regard lors de l'inscription des données dans le dossier de soins partagé.

La Commission nationale se demande si pour des données susceptibles d'un usage plus préjudiciable, il ne serait pas souhaitable que le patient puisse décider de leur intégration dans son dossier de soins partagé. Le groupe de travail „Article 29“ cite à titre d'exemple, les données psychiatriques et les avortements et on pourrait songer en outre aux données relatives à des maladies sexuellement transmissibles. Le patient pourrait craindre qu'à travers le dossier de soins partagé des professionnels de santé autres que ceux qu'il a consulté n'obtiennent connaissance d'informations ultrasensibles qu'il a tenu jusqu'alors secrètes. Or, un droit d'opposition à l'inscription de ces données risque d'aller au détriment du caractère exhaustif du dossier. Une solution intermédiaire pourrait consister dans le recours à de techniques particulières telles que des „enveloppes scellées“ qui ne peuvent être ouvertes sans la coopération du patient.

Ainsi, le patient pourrait se voir attribuer la faculté de ne pas porter à la connaissance de certains praticiens certains groupes d'informations qui le concernent. A cet effet, la Commission nationale suggère de compléter le libellé du paragraphe (6) sub 3) du nouvel article 60quater du Code de la sécurité sociale tel que proposé dans le projet de loi en bout de phrase „... en tenant compte des attributions des différentes catégories de prestataires *et des différentes catégories de données*“.

Lors de la consultation du dossier

L'autodétermination du patient pourrait se traduire par la faculté lui attribuée d'empêcher l'accès de certains professionnels de santé à certaines des données de son dossier de soins partagé.

Le nouvel article 60quater paragraphe (4) du Code de la sécurité sociale tel que proposé dans le projet de loi donne certes la possibilité au patient de s'opposer au partage d'informations qui le concernent. Le patient a ainsi la possibilité de verrouiller le partage entre professionnels de la santé de toutes les informations le concernant. Or, on peut se demander si le patient ne devrait pas avoir la faculté d'attribuer un accès modulaire des informations qui le concernent selon les médecins appelés à consulter son dossier et selon la nature des informations enregistrées. L'ajout proposé par la Commission nationale au point précédent devrait être de nature à régler cette question dans le contexte du règlement grand-ducal d'exécution à prendre.

La Commission nationale estime que ce droit d'opposition (ou opt-out) est une garantie appropriée acceptable¹⁹ au sens de la directive 95/46/CE.

L'Asbl „Patienten Vertriebung“ se prononce en revanche pour une maîtrise totale du patient sur l'accès à son dossier. Si une information préalable ponctuelle paraît difficilement réalisable en pratique, une plus grande transparence à l'égard du patient peut être obtenue dans les systèmes où l'accès au dossier est conditionné par la présentation d'une carte électronique.

A titre d'exemple, le système français prévoit que pour accéder à un dossier médical électronique, le praticien doit insérer sa carte de soins professionnelle ainsi que la carte électronique du patient (la „carte Vitale“): en lui remettant sa carte électronique, le patient donne indirectement son accord à ce que le médecin consulte son dossier.

Il convient de noter que les systèmes étrangers qui ont opté pour une telle solution prévoient que l'exigence de double carte peut être écartée en cas d'urgence médicale²⁰.

*

¹⁸ Article 19bis du Code de la sécurité sociale tel que prévu à l'article 1er point 8° du projet de loi

¹⁹ „L'accord en tant que garanties ne doit pas nécessairement être donné sous la forme d'un consentement préalable: la possibilité d'autodétermination pourrait également, en fonction de la situation, être conférée sous la forme d'un droit de refus“, page 25 du document de travail WP 131

²⁰ En France, ce procédé est appelé le „bris de glace“. Il est toujours possible sauf dans l'hypothèse où le patient a précisé dans son dossier qu'il interdisait cette pratique même en cas d'urgence.

4. L'ACCES AUX DOSSIERS PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE

– Le respect du secret médical

La concentration de façon quasi exhaustive des informations relatives au parcours de santé d'un patient dans un dossier électronique, accessible à travers une plateforme d'échange nationale, pourrait susciter l'intérêt de tiers tels que par exemple employeur, industrie pharmaceutique, compagnies d'assurances, autorités répressives etc.

Pourtant, toute relation entre un patient et son médecin doit être scellée par le principe de confidentialité et le respect du secret médical pour éviter d'éventuels abus.

La Commission nationale suggère dès lors de rajouter au début du paragraphe (3) du nouvel article 60quater du Code de la sécurité sociale tel que proposé dans le projet de loi le début de phrase suivant: „*Dans le respect du secret médical et des finalités visées au présent article, l'accès au dossier de soins partagé est réservé: ...*“

– La limitation des personnes pouvant consulter le dossier de soins partagé

L'amendement 8° adopté le 12 novembre 2010 a restreint les catégories de personnes qui sont autorisées à accéder aux dossiers de soins partagés.

C'est dans le souci du respect des finalités pour lesquelles le dossier de soins partagé est institué que la Commission nationale estime que la liste des destinataires ne devrait pas être élargie à l'avenir à d'autres catégories de personnes.

Dans ce contexte, la Commission nationale renvoie à l'article L. 1111-18 du Code de la santé publique français qui dispose ce qui suit:

„L'accès au dossier médical personnel ne peut être exigé en dehors des cas prévus aux articles L. 1111-15 et L. 1111-16, même avec l'accord de la personne concernée. L'accès au dossier médical personnel est notamment interdit lors de la conclusion d'un contrat relatif à une protection complémentaire en matière de couverture des frais de santé et à l'occasion de la conclusion de tout autre contrat exigeant l'évaluation de l'état de santé d'une des parties. L'accès à ce dossier ne peut également être exigé ni préalablement à la conclusion d'un contrat, ni à aucun moment ou à aucune occasion de son application.

Le dossier médical personnel n'est pas accessible dans le cadre de la médecine du travail. Tout manquement aux présentes dispositions donne lieu à l'application des peines prévues à l'article 226-13 du code pénal.“

– L'exigence de l'exactitude des informations contenues dans le dossier de soins partagé

Le texte sous examen donne la possibilité aux professionnels de santé de pouvoir modifier les informations qu'ils ont intégrées dans le dossier de soins partagé²¹. Cette prérogative répond au principe de l'exactitude des données, principe majeur en matière de protection des données. Le dossier de soins partagé doit être régulièrement mis à jour. Il ne doit en effet contenir que des données justes et nécessaires, en vertu de l'article 6 paragraphe 1er lettre d) de la directive 95/46/CE²², pour que les professionnels de santé puissent continuer les soins au patient dans les conditions les plus favorables.

²¹ Article 60quater paragraphe 4 alinéa 2° du Code de la sécurité sociale sous l'article 1er point 32 du projet de loi

²² „*Les données à caractère personnel doivent être exactes et, si nécessaire, mises à jour; toutes les mesures raisonnables doivent être prises pour que les données inexactes ou incomplètes, au regard des finalités pour lesquelles elles sont collectées ou pour lesquelles elles sont traitées ultérieurement, soient effacées ou rectifiées*“

– La pseudonymisation des données pour les échanges à des fins statistiques et épidémiologiques

L'Agence nationale est appelée également à échanger des informations dans le domaine de la santé avec d'autres organismes à des fins statistiques et épidémiologiques. L'article 60quater paragraphe (5) du Code de la sécurité sociale tel que le prévoit le projet de loi précise que les informations doivent préalablement avoir été anonymisées.

Le paragraphe (3) du même article 60quater en projet ne mentionne pas l'Agence nationale dans l'énumération des personnes pouvant accéder aux dossiers. La Commission nationale est donc amenée à conclure que l'Agence ne peut pas accéder aux données contenues dans un dossier de soins partagés.

Il ressort aussi des documents communiqués par le Ministère de la Santé dans le cadre du programme eSanté que les données d'identification du patient et les données médicales seront séparées. Un tiers de confiance (appelé „Trusted third party“ TTP) serait chargé de fournir à la plateforme uniquement des données pseudonymisées. Ce tiers gérerait exclusivement les données d'identification.

La Commission nationale estime que ces intentions sont satisfaisantes en termes de protection des données. Afin d'éviter tout problème d'interprétation, il serait préférable que la mise en place d'un tiers de confiance chargé de la pseudonymisation des données soit inscrite dans la loi.

*

5. LE CONTENU DU DOSSIER DE SOINS PARTAGE

Le contenu du dossier de soins partagé fait l'objet du paragraphe (2) de l'article 60quater du Code de la sécurité sociale tel que proposé dans le projet de loi. Ces dispositions pourront être précisées davantage par des mesures réglementaires.

*

6. LES MESURES DE SECURITE

L'exigence de confidentialité et la sécurité du système d'information médicale est primordiale.

La Commission nationale estime que les patients accepteront plus facilement le nouveau système de dossiers de soins partagés s'ils sont convaincus que les mesures de sécurité assurent la confidentialité, le respect du secret médical et préviennent les détournements de finalité.

L'article 1er point 32° paragraphe (6) (l'article nouveau 62quater du Code de la sécurité sociale) du projet de loi prévoit qu'un règlement grand-ducal, pris après avis de la Commission nationale déterminera les modalités et les conditions de mise en place du dossier de soins partagé.

La Commission nationale salue le fait que les auteurs du projet de loi l'associent à cette tâche. Elle précise que ces mesures devront présenter des garanties suffisantes pour protéger la nature sensible des données médicales.

L'exigence d'un niveau de sécurité particulièrement élevé de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage des données de santé devrait, aux yeux de la Commission nationale, être inscrite dans le texte même de la loi. Les modalités et conditions détaillées peuvent toutefois faire l'objet d'un règlement grand-ducal.

Elle suggère dès lors de rajouter un point à la liste des modalités et des conditions contenue à l'article 60quater paragraphe (6) du Code de la sécurité sociale avec le libellé suivant:

„les mesures nécessaires pour assurer un niveau de sécurité particulièrement élevé de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage des données de santé.“

Lors de l'examen des dispositions de ce règlement grand-ducal, la Commission nationale sera attentive à ce que l'authentification des personnes qui accèdent aux dossiers de soins partagés – tant les patients que les professionnels de santé – soit forte. Elle se félicite de ce que le projet de loi retient d'ores et déjà le principe de la traçabilité des accès. Cette mesure technique est un outil précieux pour que le patient exerce pleinement son droit d'accès mais aussi pour vérifier *a posteriori* toute consul-

tation du dossier en dehors des hypothèses pour lesquelles il a été institué. Il permet encore d'assurer les praticiens de l'exactitude des informations.

Ainsi décidé à Luxembourg en date du 24 novembre 2010.

La Commission nationale pour la protection des données,

Gérard LOMMEL
Président

Pierre WEIMERSKIRCH
Membre effectif

Thierry LALLEMANG
Membre effectif

6196/06

N° 6196⁶

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2010-2011

PROJET DE LOI**portant réforme du système de soins de santé et modifiant:**

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

* * *

AVIS DE LA CHAMBRE DES SALARIES

(25.11.2010)

SOMMAIRE:

Introduction

I. Pour une politique de santé de qualité élevée dans l'intérêt des patients

1. Au-delà de la maîtrise des coûts
2. Les principes d'un système de santé de qualité élevée
3. Les droits des patients
4. De quelle médecine avons-nous besoin à l'avenir?
 - 4.1. Coordination accrue des efforts de prévention
 - 4.2. Une prospective financière prenant mieux en compte les maladies en progression
5. Le médecin référent (article 1, point 8°, introduisant l'article 19bis dans le CSS et amendements 2°, 3° et 14°)
6. Le tiers payant (article 1, point 14°, modifiant l'article 24 du CSS)
7. Le dossier des soins partagé et la protection des données à caractère personnel (article 1, point 32°, introduisant l'article 60quater dans le CSS et amendements 8° et 9°)
8. Les voies de recours et l'accès aux bases de données de la sécurité sociale pour l'assuré (l'article 1, points 26° et 28°, modifiant les articles 47 et 51, alinéa 2 du CSS)
 - 8.1. Des voies de recours extrajudiciaires peu effectives
 - 8.2. L'accès de l'assuré aux informations

II. L'organisation de l'assurance maladie luxembourgeoise

1. Organisation actuelle (articles 396 à 412 du CSS)
2. Contrôle tutélaire des institutions de sécurité sociale (articles 422-424 du CSS)
3. La mise en cause de l'autonomie de gestion par le projet de loi sous avis (article 1, point 18°, modifiant l'article 30, alinéa 2 du projet)
4. Le Contrôle médical de la sécurité sociale (article 1, point 64°, modifiant l'article 418 du CSS)

- 4.1. L'absence de participation des partenaires sociaux dans la gestion du CMSS
- 4.2. La constatation de l'état de santé des assurés par le CMSS
- 4.3. L'incompatibilité du droit du travail et de la sécurité sociale en ce qui concerne le renversement de la présomption de l'incapacité de travail
5. L'établissement de la liste positive des médicaments (article 1, points 10° et 11°, modifiant l'article 22 du CSS et introduisant l'article 22bis dans le CSS)
6. Le conventionnement général et obligatoire entre prestataires de soins et la CNS (article 1, points 34° et 35°, modifiant les articles 64 et 65 du CSS)
 - 6.1. Violation du principe de la liberté contractuelle
 - 6.2. Le conventionnement: garant d'un système accessible, abordable et équitable des soins de santé
7. La nécessité d'une révision des nomenclatures (article 1, point 35°, modifiant l'article 65 du CSS)
8. La Commission de nomenclature encadrée par deux nouveaux organes: la Cellule d'expertise médicale et le Conseil scientifique (article 1, points 35° et 36°, modifiant l'article 65 du CSS et introduisant l'article 65bis dans le CSS)
9. La réforme des attributions conférées à la Commission de surveillance (article 1, points 42° et 45°, modifiant l'article 72 du CSS et introduisant l'article 73bis dans le CSS)
10. Désignation des assesseurs du Conseil arbitral de la sécurité sociale et du Conseil supérieur de la sécurité sociale (article 1, points 66° du projet modifiant l'article 454, paragraphe 3, alinéa 6 du CSS)
11. Coût et financement de la santé
 - 11.1. Le coût de la santé
 - 11.2. Le financement de la santé
 - 11.2.1. Situation actuelle
 - 11.2.2. Mesures de financement prévues dans le projet de loi
 - 11.2.2.1. Au niveau des recettes
 - 11.2.2.2. Au niveau des dépenses
 - 11.2.2.3. Au niveau du fonds de roulement (article 3 et amendement 24°)

III. Le secteur hospitalier

1. L'organisation interne des hôpitaux et la qualité des soins
 - 1.1. Observations concernant la politique hospitalière (article 2, point 2° modifiant l'art. 2 de la loi hospitalière du 28.8.1998)
 - 1.1.1. La dotation en lits
 - 1.1.2. Le virage ambulatoire
 - 1.2. L'organisation interne des hôpitaux et l'assurance qualité
 - 1.2.1. L'hôpital et ses acteurs
 - 1.2.2. La qualité des prestations (article 2, point 12° modifiant l'art. 23 de la loi hospitalière du 28.8.1998)
2. L'introduction de filières de soins intégrées et de centres de compétences dans le milieu hospitalier (article 2, point 14° introduisant l'art. 26bis dans la loi hospitalière du 28.8.1998)
3. Les médecins coordinateurs (article 2, point 15° complétant l'art. 29 de la loi hospitalière du 28.8.1998)

4. Les laboratoires hospitaliers (art. 26 de la loi hospitalière du 28.8.1998 et article 1er, point 46° du projet de loi modifiant l'art. 74 CSS)
5. Les maisons médicales et les policliniques

Conclusions

Annexe

*

Par lettre en date du 4 octobre 2010 réf.: OUT-2010/10/05-1-00243, Monsieur Mars Di Bartolomeo, ministre de la Sécurité sociale, a saisi pour avis notre Chambre professionnelle du projet de loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant:

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

Le 12 novembre 2010, notre Chambre a été saisie des amendements gouvernementaux relatifs au projet de loi cité ci-dessus.

Etant donné que les travaux préparatoires à la rédaction de l'avis étaient déjà quasiment achevés, la CSL fait, à chaque chapitre du présent avis, référence aux articles du projet de loi initial ainsi qu'aux amendements pour autant qu'ils apportent des changements aux dispositions du texte initial.

*

INTRODUCTION

Le droit à la santé, ou tout au moins à sa protection, est un bien fondamental. Le texte de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) énonce que „la possession du meilleur état de santé qu'il soit capable d'atteindre constitue un des droits fondamentaux de tout être humain quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique et sociale“.

Nombreux sont les instruments internationaux ayant trait aux Droits de l'Homme qui font référence à la santé. Parmi les plus importants à ce jour: le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966, la Convention sur toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes de 1979 et la Convention relative aux Droits de l'Enfant de 1989.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit en effet la santé comme „un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmite“.

La santé est multifactorielle; elle est déterminée en partie par le respect des autres droits fondamentaux comme le logement ou encore l'éducation. Une véritable politique de santé ne peut en aucune manière se résumer en une politique des soins, et beaucoup moins encore en une politique de maîtrise des coûts.

C'est pourquoi la première partie de l'avis de la Chambre des salariés est consacrée aux exigences d'une véritable politique de santé de qualité élevée dans l'intérêt des patients.

Dans un deuxième temps, nous analyserons les implications du projet de loi et de ses amendements sur la gestion et le financement de l'assurance maladie. Finalement, une troisième partie traitera de l'organisation du secteur hospitalier.

*

I. POUR UNE POLITIQUE DE SANTE DE QUALITE ELEVEE DANS L'INTERET DES PATIENTS

1. Au-delà de la maîtrise des coûts

Une politique visant à maintenir l'évolution des coûts de la santé dans le même ordre de grandeur que la progression de la totalité des dépenses publiques n'est pas forcément réaliste d'un point de vue économique. Hormis les facteurs du développement des technologies médicales et du vieillissement de la population, la santé, qui n'est pas une marchandise, peut être qualifiée de bien supérieur, c'est-à-dire un bien ou un service dont la consommation augmente plus que

proportionnellement à l'augmentation du revenu. Dans les sociétés économiquement avancées, les citoyens accordent en effet proportionnellement plus d'importance à la santé au fur et à mesure que le revenu augmente.

La CSL tient à signaler que des services de santé de qualité élevée accessibles et disponibles à chaque individu, indépendamment de son revenu, ont un effet bénéfique sur la société et l'économie d'un pays et contribuent par là à une plus-value pour la société.

Force est cependant de constater que l'objectif principal du projet de loi sous avis est non pas de mettre la santé de l'individu au premier plan, mais la limitation de la progression des coûts en matière de santé. Loin d'associer tous les acteurs à une démarche holistique en matière de santé, qui accorderait notamment une importance accrue à la prévention et à la détection précoce des maladies, le projet de loi cimente le pouvoir discrétionnaire du Gouvernement qui pourra décider unilatéralement de la politique à mener en matière de santé tout en imputant les coûts y relatifs aux partenaires sociaux.

La Chambre des salariés rappelle toutefois les bonnes intentions du Gouvernement exprimées dans le programme gouvernemental de 2009. En matière de politique de santé, on peut y lire notamment:

Le Gouvernement poursuivra ses efforts afin de garantir à la population un système de santé de qualité tout en mettant le concept de promotion et de prévention au centre de la politique en matière de santé publique. Cette approche ne se concentre plus exclusivement sur la médecine curative et le financement des systèmes de soins.

Le Gouvernement veillera à ce que notre système de santé, avec ses institutions et ses professionnels, mette le patient, la personne, au centre de ses préoccupations et de ses missions.

L'initiative „Vers un Plan national Santé“ sera résolument poursuivie. Elle compte sur la mobilisation de tous les acteurs, la création de réseaux et un partenariat sur le terrain. La santé est un thème transversal qui mérite sa place et son rôle dans toutes les politiques et dans tous les domaines d'une société moderne.

Le Gouvernement poursuivra ses efforts pour élaborer un concept national qui repose sur les principes de l'accessibilité à des soins de qualité sans distinction de revenus et qui présuppose donc un financement solidaire du système.

Le Gouvernement poursuivra la mise en place, en collaboration avec la Caisse nationale de Santé et avec son soutien financier, un large éventail de mesures de prévention, de dépistage et de détection précoce de certaines maladies de concert avec les médecins, les professionnels de la santé ainsi qu'avec les autres acteurs du terrain:

- un programme d'action, de prévention et de dépistage des facteurs de risque des maladies cardio- et cérébrovasculaires;
- un plan cancer et la mise en place d'un registre des cancers;
- un programme de mise à disposition gratuite de moyens contraceptifs;
- un programme de prévention et de prise en charge optimale du diabète;
- un programme de prévention et de dépistage précoce du cancer colorectal.

Bien entendu les programmes ayant fait leurs preuves tels que

- le programme mammographie,
- les campagnes de vaccination contre, entre autres, le „Human Papilloma Virus“,
- l'initiative „gesond iessen, méi bewegen“,
- la promotion de l'allaitement,
- le programme de sevrage tabagique

seront poursuivis.

Force est cependant de constater que le projet de loi sous avis contient peu des principes retenus dans le programme gouvernemental.

Dans ce qui suit, notre Chambre retrace les principes auxquels devrait obéir un système de santé de qualité élevée:

2. Les principes d'un système de santé de qualité élevée

Un système de services de santé qualitativement élevé doit répondre aux critères suivants:

Des services de santé de qualité respectent la dignité humaine et les droits fondamentaux.

Les services doivent être accessibles, disponibles et orientés vers les besoins spécifiques des usagers, avec une protection spéciale pour les personnes les plus vulnérables et celles menacées d'exclusion ou exclues. Les autorités publiques ont une responsabilité particulière d'assurer que des services de santé de qualité soient dispensés sur la base de la solidarité et dispensés à tous les citoyens, indépendamment de leurs revenus. Ces conditions impliquent qu'il existe une primauté de la politique sociale sur la politique de libre concurrence, une primauté des considérations de santé publique sur des calculs coûts-utilité.

Des services de santé atteignent des objectifs soumis à évaluation.

Les services de santé qualitatifs doivent être adaptés aux besoins des personnes à traiter. Ils doivent être efficaces et évalués de manière régulière. Une évaluation de la satisfaction des usagers doit avoir lieu de manière continue, elle doit être publiée, diffusée et incluse dans les objectifs qu'un prestataire doit atteindre.

Des services de santé de qualité sont adaptés aux besoins de chaque individu.

Les êtres humains sont différents dans leurs besoins et ces besoins changent au cours de leurs vies. C'est ainsi que des services de qualité doivent évoluer pour répondre au mieux aux besoins des usagers; ils doivent respecter des différences culturelles et assurer une véritable interaction entre bénéficiaire et prestataire.

Des services de santé de qualité assurent une sécurité pour tous les usagers, y inclus les plus vulnérables.

La relation entre prestataire et bénéficiaire de soins est inégale, non seulement à cause de l'état de maladie du bénéficiaire, qui le fragilise. Les soins doivent donc être fournis dans un environnement sain et sécurisé afin que la sécurité physique des usagers, de leurs familles et des prestataires soit assurée. Les usagers doivent être clairement informés sur la possibilité de porter plainte et le destinataire des réclamations. A titre d'exemple, les groupes de personnes particulièrement vulnérables sont des personnes âgées et des enfants.

Des services de santé de qualité garantissent la participation des usagers qui sont encouragés à être impliqués dans la politique de soins.

Les patients étant une partie prenante du système de santé (*stakeholder*), il est nécessaire de les intégrer activement dans l'organisation et l'évaluation du système, notamment pour vérifier l'accessibilité aux soins, la compréhension et la capacité d'expression des personnes traitées, notamment s'il s'agit de personnes vulnérables (personnes âgées, enfants, immigrants).

Des services de santé de qualité sont holistiques et continus.

Une même personne a généralement besoin de services de santé différents au cours de sa vie. C'est pourquoi une politique de soins de qualité doit adopter une approche de cycle de vie permettant au bénéficiaire d'avoir accès de manière continue aux soins adaptés à sa situation momentanée. Cette approche est d'autant plus importante que les bénéficiaires sont vulnérables. Ainsi, une personne à mobilité réduite a besoin de soins différents pendant des phases différentes de sa vie (soins aigus après l'accident, rééducation, suivi psychologique pendant les périodes de chômage ...). Une telle approche holistique accroît au maximum les chances d'intégration des patients.

Des services de santé de qualité sont fournis en partenariat avec des communautés et d'autres acteurs.

Pour permettre aux bénéficiaires le meilleur accès aux soins, il importe de développer des réseaux locaux de soins associant pleinement toutes les parties prenantes (communautés locales, usagers et leurs familles, prestataires, salariés qualifiés).

Des services de santé de qualité sont dispensés par des salariés formés de façon optimale et travaillant dans des conditions de travail et d'emploi de qualité élevée.

Des emplois stables et de qualité élevée ainsi que l'investissement dans la formation continue sont indispensables lorsqu'il s'agit de fournir des soins de qualité. Un environnement de travail qualitatif est celui qui est caractérisé par des salaires convenables, la formation tout au long de la vie, la réduction du stress professionnel, le partage vie-travail équitable, l'égalité entre hommes et femmes.

Toutes les catégories de personnel doivent être formées de façon optimale pour servir dans le respect de la dignité humaine les catégories de la population qu'elles soignent.

Des services de santé de qualité sont organisés de façon transparente et responsable.

Les services de santé de qualité doivent être fournis sur la base de l'ouverture, de la transparence, de l'efficacité et de la responsabilité. Ils doivent incorporer les meilleures connaissances et pratiques disponibles à un moment donné. Ceci implique des informations claires, accessibles et compréhensibles pour les usagers, leurs familles et les communautés, sur la manière dont les soins sont dispensés, sur leur financement (prise en charge) et sur leur qualité.

Les patients et leurs familles doivent en outre être clairement informés sur les services auxquels ils peuvent s'adresser pour demander des précisions, exprimer des satisfactions et présenter des réclamations.

Des mécanismes de contrôle sont à instaurer pour surveiller le bon déroulement des services de santé.

3. Les droits des patients

L'affirmation des droits des patients s'inscrit dans les droits de l'homme et a pour objectif de promouvoir à terme leur autonomie. Ces droits se trouvent donc souvent imbriqués les uns dans les autres. La charte européenne de droits du patient, rédigée en 2002 par Active Citizenship Network, proclame 14 droits.

Dans un avis du 26 septembre 2007¹, le Comité économique et social européen (CESE) reconnaît ces droits. D'après lui, trois droits présentent un aspect transversal ou préalable à d'autres droits:

- **le droit à l'information:** l'information concerne en premier lieu le patient en traitement. L'information doit concerner la maladie, son évolution possible, les traitements possibles avec leurs intérêts et leurs risques, les caractéristiques des structures ou des professionnels dispensant ces soins, les impacts de la maladie et des traitements sur la vie du malade;
- **le droit au consentement libre et éclairé:** il s'agit d'affirmer le droit à la participation des patients dans les décisions les concernant. Ceci ne signifie pas un transfert de la responsabilité du médecin sur le patient, mais d'envisager leur interaction dans une perspective d'alliance thérapeutique, chacun restant à sa place, avec ses droits et son périmètre de responsabilité;
- **le droit à la dignité:** sous cette appellation, doit être compris le droit à l'intimité, le droit à la prise en charge de la douleur, le droit à une fin de vie digne, la protection de l'intégrité du corps, le respect de sa vie privée et le principe de non-discrimination.

D'autre part, un certain nombre d'autres droits individuels sont à mettre en œuvre dans une démarche de santé publique:

- **le droit à l'accès aux soins pour tous,** c'est-à-dire non seulement un accès aux droits et à la protection sociale, mais également un accès direct à l'ensemble des services et des professionnels de soins, sans discrimination du fait de la situation sociale ou économique de la personne;
- **le droit à la qualité des soins, y compris le contrôle de la qualité:** toute personne a, compte tenu de son état de santé, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des meilleures thérapies et des médicaments offrant le meilleur rapport coût-efficacité, **y compris les méthodes et traitements de la médecine alternative;**
- **le droit aux examens précoces ainsi qu'à la prévention et à la sécurité des soins:** les citoyens veulent que le système de santé s'organise autour et au service de personnes. Ils veulent mieux comprendre les stratégies thérapeutiques qui leur sont proposées, participer à un effort à la fois personnel et collectif de prévention, veiller à ce que les choix de société, les comportements et les consommations ne nuisent pas à la santé.

¹ Avis du Comité économique et social européen sur „Les droits du patient“, (2008/C 10/18)

Au Luxembourg, la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers a introduit pour la première fois les droits et devoirs des patients dans un texte de loi.

Ces droits énumèrent notamment:

- l’obligation de tenir un dossier du patient qui lui est accessible et dont le contenu est fixé par la loi;
- l’accès aux soins préventifs, curatifs et palliatifs que requiert l’état de santé du patient, conformes aux données acquises par la science et à la déontologie;
- la protection de la vie privée, la confidentialité, la dignité et le respect des convictions religieuses et philosophiques;
- le libre choix de l’hôpital et des médecins y admis à exercer;
- le droit à l’information adéquate sur l’état de santé et les traitements proposés en vue du consentement éclairé du patient;
- la possibilité de refus ou d’acceptation de toute intervention diagnostique ou thérapeutique, sans préjudice des prises en charge visant à soulager la douleur et la souffrance;
- l’équité d’accès à la qualité des soins et aux moyens dont dispose l’établissement, sans préjudice des priorités dues aux degrés d’urgence des prestations;
- l’existence d’un règlement d’ordre intérieur précisant notamment les heures de visite;
- l’apaisement des douleurs et des souffrances, le maintien de la qualité de survie et l’accompagnement du patient et de ses proches, en cas d’affection incurable et terminale ainsi que la prohibition de l’acharnement thérapeutique;
- l’information adéquate sur les modalités pratiques et les conditions financières du séjour y compris les montants à charge du patient;
- la connaissance de l’identité et de la qualification des prestataires avec lesquels le patient est en contact;
- le dépôt et l’obligation de traitement des suggestions, doléances et plaintes.

La Chambre des salariés rappelle que le programme gouvernemental de 2009 prévoit ce qui suit en matière de droits des patients:

Le Gouvernement déposera un projet de loi relatif aux droits et obligations du patient qui permettra la création:

- *d’une gestion des plaintes orientée sur le patient;*
- *d’une instance de médiation pour prendre en charge les plaintes des patients, en collaboration avec le Centre de Médiation;*
- *d’une association de patients représentative;*
- *d’un système de documentation de l’activité médicale (hospitalière) homogène pour tout le secteur.*

Notre Chambre regrette que le projet de loi sous avis ne fasse aucune mention de la concrétisation des annonces du Gouvernement. Voilà pourquoi elle réclame l’élaboration rapide d’un projet de loi en matière de droits des patients ayant également pour but l’élaboration d’une véritable charte des droits des patients basée sur les principes énoncés ci-dessus. Ce projet de loi devrait en outre prévoir l’instance de médiation ainsi qu’un meilleur financement de l’association représentative des patients.

4. De quelle médecine avons-nous besoin à l’avenir?

Les progrès de la médecine et le développement des systèmes de protection sociale ont globalement induit une transition épidémiologique² qui s’est traduite par moins de prise en charge de courte durée

2 L’épidémiologie est l’étude des facteurs influant sur la santé et les maladies des populations humaines. Il s’agit d’une science qui se rapporte à la répartition, à la fréquence et à la gravité des états pathologiques.

L’étude de la répartition et des déterminants des événements de santé sert de fondement à la logique des interventions faites dans l’intérêt de la santé publique et de la médecine préventive.

La reconnaissance de l’épidémiologie comme champ d’étude est relativement récente, puisque la première étude significative remonte à 1854, mais elle est l’un des piliers de la santé publique et de la médecine à travers l’histoire.

et surtout davantage de maladies chroniques. Ce phénomène est accru par le vieillissement de la population. La prise en charge des personnes malades chroniques implique des prises en charge de longue durée; ces malades acquièrent alors des connaissances par leur expérience de recours au système de soins et par leur expérience de la maladie.

Cette évolution des besoins et attentes des personnes vis-à-vis de leur prise en charge s'inscrit dans une évolution plus profonde de la société qui tend à promouvoir le modèle de l'autonomie de la personne et l'affirmation de ses droits.

Comme l'écrit également le CESE dans son avis cité ci-dessus, l'ensemble de ces facteurs permet de conclure à un épuisement du modèle paternaliste des interactions entre le médecin et son patient, ce qui nécessite de penser autrement la place du patient dans son interaction avec le système et implique l'affirmation et la mise en œuvre de nouveaux droits et devoirs.

4.1. Coordination accrue des efforts de prévention

Force est cependant de constater que le projet de loi reste entièrement muet sur la place des patients, c'est-à-dire des personnes ayant recours au système de soins, qu'ils soient en bonne santé ou souffrants, alors que l'on constate une évolution des besoins de santé et des attentes des populations, et d'ailleurs de manière générale, une évolution politique qui aspire à accorder de plus en plus de place à la parole de l'individu.

Or, une politique de santé de qualité exige une action cohérente et coordonnée des divers échelons de la Sécurité sociale et des administrations gouvernementales. Elle demande des choix politiques clairs et de la continuité. Mais ces choix ne peuvent être faits seulement par les experts. Ils doivent être débattus aussi avec les citoyens, lesquels vont eux-mêmes être impliqués, comme les médecins.

La santé publique ne peut plus se résumer à un système où l'assurance maladie prend principalement en charge les soins et néglige toute prévention. La Chambre des salariés salue expressément les efforts réalisés par la Caisse nationale de santé et le Gouvernement, bien qu'elle ne puisse accepter l'orientation du projet de loi visant à accorder quasi exclusivement le pouvoir de décision au Gouvernement tout en imputant le coût financier principalement à la CNS.

Ce qui manque toutefois dans la politique de santé du Luxembourg, ce sont des dispositions visant à réduire les inégalités sociales face à la maladie et à la mort. Dans d'autres pays européens, si les taux de décès ont diminué pour toutes les causes de mortalité et pour toutes les catégories sociales, la surmortalité des salariés accomplissant des tâches manuelles et répétitives par rapport aux cadres supérieurs et aux professions libérales demeure importante.

Tel est probablement également le cas au Luxembourg, mais nous ne disposons pas de statistiques sur l'espérance de vie en fonction des catégories socioprofessionnelles, à l'instar de nos pays voisins. La CSL demande d'établir de telles statistiques également pour notre pays, tant en ce qui concerne l'espérance de vie que l'espérance des années de vie passées en bonne santé.

L'utilité de telles statistiques serait de mieux cibler des efforts de prévention et de procéder à des formations continues et des adaptations des postes de travail des personnes les plus vulnérables. En outre pourrait-on envisager des réformes sur l'âge de départ à la retraite en permettant aux personnes ayant travaillé dans des conditions plus difficiles de partir à un âge plus précoce.

Les écarts en matière de taux de décès résultent d'abord des inégalités dans les conditions de vie et de travail. Souvent, des inégalités dans l'accès aux soins ne font qu'ajouter une touche supplémentaire: même un système de santé très égalitaire ne peut corriger les inégalités liées à la différence d'exposition aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, ou l'inégale tendance à adopter des conduites à risque (tabac, alcool) selon le milieu social. Les inégalités de santé s'étendent évidemment aux enfants en fonction de la catégorie sociale de leurs parents. Une récente étude montre d'ailleurs que des facteurs socio-économiques, en particulier le revenu et le niveau d'éducation, ont bien une influence sur la prévalence du surpoids et de l'obésité.

Une vraie réforme de la santé supposerait donc également de resituer les problèmes de santé dans un cadre plus vaste. Même si les choses bougent et les campagnes de prévention sont multipliées, on reste souvent à des efforts qui visent les individus et les dimensions sociales restent largement ignorées (p. ex. en ce qui concerne le taux élevé des suicides au Luxembourg).

4.2. *Une prospective financière prenant mieux en compte les maladies en progression*

Comme nous l'avons déjà mentionné, le projet de loi est axé principalement sur une logique de maîtrise des coûts à court et moyen terme. Les phénomènes cités au point précédent auront toutefois probablement comme effet une augmentation du coût de la santé nécessitant des moyens de financement supplémentaires, qui, d'après notre Chambre, doivent dans tous les cas être dégagés de manière solidaire et socialement acceptable.

En ce qui concerne les maladies qui sont en train de se développer et dont l'importance risquera d'augmenter encore à l'avenir, citons les cancers, l'obésité et les maladies de démence liées au vieillissement **sans oublier l'apparition de nouvelles maladies dont l'origine est encore peu connue et explorée (p. ex. la propagation „épidémique“ de douleurs chroniques, les troubles du sommeil, les vertiges, épuisement, le manque d'impulsion, la phobie sociale, les difficultés d'adaptation ...).**

Afin de pouvoir comparer les causes de mortalité et de morbidité survenues au Luxembourg par rapport à l'étranger et de promouvoir la qualité de notre système de santé, il est indispensable que la Classification internationale des maladies, publiée par l'OMS (ICD en anglais) soit appliquée par les médecins et les hôpitaux.

Les cancers

Depuis les années 1980, le Luxembourg dispose d'un Registre morphologique des tumeurs (RMT). L'objectif principal de ce RMT est de publier chaque année les nouveaux cas de cancer diagnostiqués au Luxembourg.

Ce registre fournit des informations très importantes sur l'incidence des différents types de cancer et leur évolution au Luxembourg. Toutefois, ne disposant pas de renseignements cliniques complémentaires, ni de données fiables sur les causes de décès, ce registre ne permet pas de calculer le taux de survie et d'évaluer ainsi l'efficacité de la prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients atteints d'un cancer au Luxembourg. Le programme gouvernemental prévoit un plan national cancer et la mise en place d'un véritable registre national des cancers, tel qu'en disposent les autres pays européens.

D'après les experts internationaux, le nombre de personnes ayant un cancer dans un pays est estimé à 2% de la population, ce qui correspond à peu près à 10.000 personnes pour le Luxembourg.

Chaque année au Luxembourg, à peu près 1.000 personnes meurent des suites d'un cancer. Ceci constitue un quart des décès.

Ainsi, en 2007, 3.774 personnes sont décédées au Luxembourg dont 1.040 des suites d'un cancer.

Chaque année au Luxembourg, on découvre à peu près 2.000 nouveaux cas de cancers, dont à peu près une dizaine chez les enfants, 900 chez les femmes et 1.100 chez les hommes.

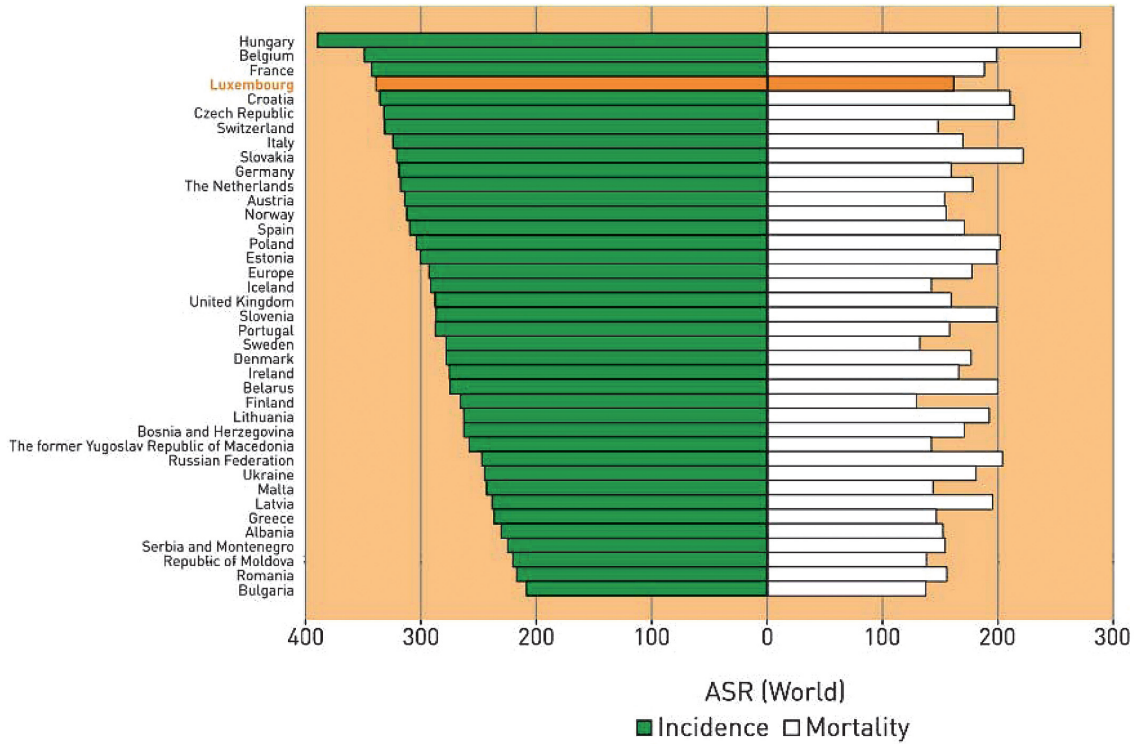
En 2007, le Registre morphologique des tumeurs a recensé 2.098 nouveaux cas de cancers, à savoir 1.132 chez l'homme et 966 chez la femme.

En vingt ans, du début des années 1980 au début des années 2000, la proportion relative des décès par cancer augmente de 24 à 26% tandis que les décès par maladie de l'appareil circulatoire, qui restent la première cause de mortalité, diminuent de 9% pour se situer à 39%.

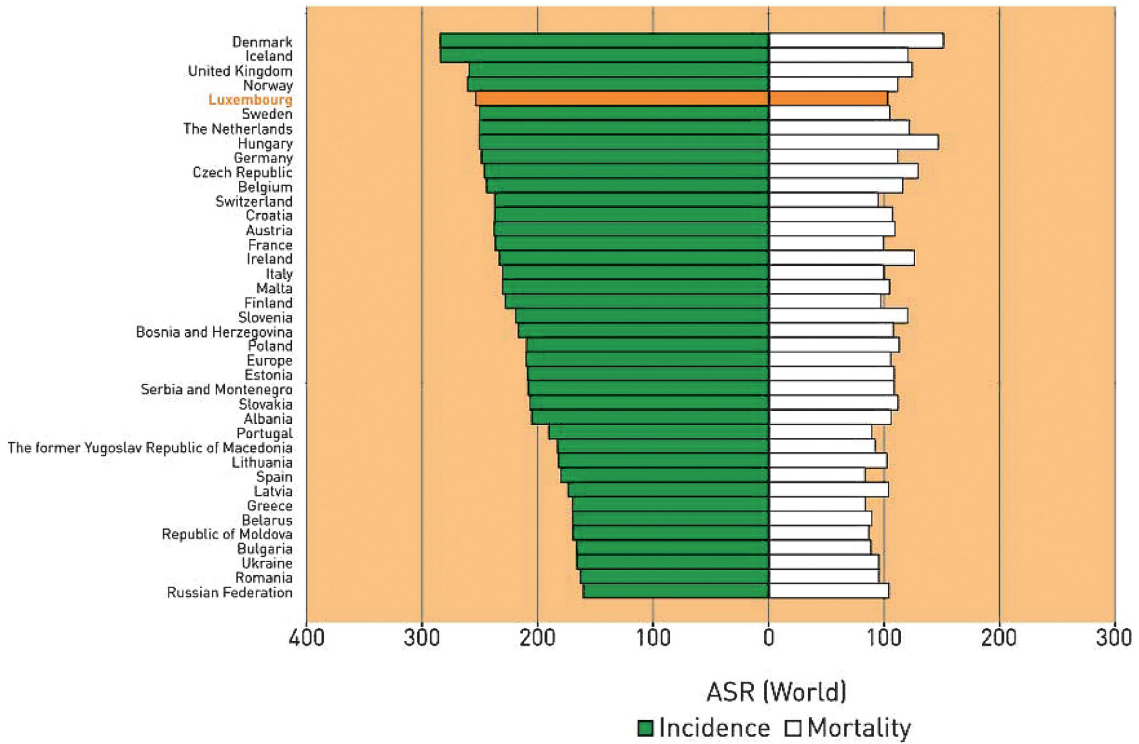
La mortalité par cancer diminue, mais l'incidence des cancers a augmenté de plus de 40% durant les 20 dernières années chez les hommes et chez les femmes. Le Luxembourg reste un des pays aux taux d'incidence les plus élevés, comme le montrent les graphiques qui suivent³:

3 Taux standardisés d'incidence et mortalité (Source: Ferlay et al, 2004 IARC), Vers un plan national Santé, ministère de la Santé, Luxembourg, 2009, ASR = age-standardised rates, per 100.000

Tous types de cancers (sauf cancer de la peau), hommes (vert: fréquence des cancers par 100.000 habitants; blanc: décès par 100.000 habitants)



Tous types de cancers (sauf cancer de la peau), femmes (vert: fréquence des cancers par 100.000 habitants; blanc: décès par 100.000 habitants)



L'obésité

L'obésité est en croissance tellement rapide même dans les pays émergents, qu'elle pourrait à elle seule faire diminuer notre espérance de vie jusqu'à cinq ans. L'OMS affirme d'ailleurs qu'au niveau mondial, le surpoids et l'obésité entraînent plus de décès que l'insuffisance pondérale.

Aujourd'hui, selon l'OCDE qui parle aussi d'épidémie d'obésité⁴, quelque 53,3% de la population totale souffrent de surpoids ou d'obésité au Luxembourg (aux Etats-Unis, il s'agit de plus de 65% de la population). L'obésité et le diabète pourraient ainsi devenir la première cause de mortalité, devant le tabac, et faire considérablement baisser l'espérance de vie.

Une récente étude effectuée par le CEPS⁵, basée sur les données des enquêtes PSELL3/EU-SILC de 2005 et de 2007, montre clairement que les personnes à faibles revenus sont plus susceptibles d'être obèses que celles ayant des revenus plus élevés. Par exemple, en 2007, des personnes à revenus par équivalent plus faibles (quintile de revenu le plus bas) ont 1,6 fois plus de chance d'être obèses plutôt que d'avoir un poids normal par rapport à celles qui ont des revenus plus élevés (quintile de revenu le plus élevé).

Les facteurs socio-économiques, en particulier le revenu et le niveau d'éducation, ont bien une influence sur la prévalence du surpoids et de l'obésité. Pour ne considérer que les deux facteurs socio-économiques susmentionnés, il apparaît clairement qu'il existe un gradient social de surpoids et d'obésité selon le niveau d'éducation et le niveau de revenu par équivalent et cela pour les deux années étudiées en appliquant le modèle des chercheurs du CEPS.

La fin de vie et les maladies liées au vieillissement

Si les progrès réalisés par la médecine ont entraîné un allongement de l'espérance de vie, la médecine ne peut toujours guérir. La fin de vie fait partie du cycle de vie naturel.

De nos jours, du fait du progrès de la médecine, les circonstances de la mort ont changé. Lorsque la maladie survient et oblige les êtres humains à s'approcher plus vite de la mort, c'est le plus souvent dans un contexte médicalisé et la médecine permet de nos jours de maintenir artificiellement en vie les patients.

Devant ces réalités, les questions relatives à la fin de vie ont beaucoup préoccupé les opinions publiques. Après un débat approfondi, le législateur est intervenu le 16 mars 2009 avec deux lois importantes: la loi relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie, ainsi que la loi sur l'euthanasie et l'assistance au suicide.

Ces deux textes renforcent et consignent les droits des personnes atteintes d'affections graves et incurables, en phase terminale.

Nonobstant ces initiatives légales, l'allongement en moyenne de l'espérance de vie a pour conséquence que des maladies liées spécialement à la vieillesse toucheront un nombre de plus en plus élevé de personnes.

La maladie d'Alzheimer, qui est la démence la plus connue et la plus répandue, survient rarement avant la soixantaine et touche environ 6% des gens de plus de 65 ans. Après 85 ans, le tiers des personnes âgées souffrent d'Alzheimer, et les femmes y sont plus sujettes que les hommes. En raison du vieillissement de la population, les cas augmentent.

D'après les projections les plus récentes du STATEC en matière démographique, la croissance du groupe d'âge des personnes de 65 ans et plus sera très importante. D'ici à 2060, le nombre fera plus que doubler, et ce quel que soit le scénario retenu. Quant au nombre de personnes âgées de 85 ans et plus, il sera probablement multiplié par 6.

Dans les années à venir, les conséquences de ces évolutions se mesureront en nouveaux besoins en matière de santé, de soins et d'encadrement en général.

Face au nombre croissant de personnes âgées atteintes de démences, des défis croissants se poseront, qui devront être relevés ensemble avec les acteurs institutionnels, les organisations professionnelles et la société civile. Les moyens nécessaires pour protéger ces personnes dans leurs droits et pour les

4 The Obesity epidemic: analysis of past and projected future trends in selected OECD countries, 2009

5 TCHICAYA Anastase, DIA Modou: Mesure de l'influence des facteurs socio-économiques sur l'obésité: regards croisés des modèles logistiques et quantiles, CEPS, Working Paper No 2010-32, Octobre 2010

soutenir à pouvoir rester le plus longtemps possible intégrées dans leur tissu social normal, et, si ceci n'est plus possible, pour les loger dans une institution spécialisée, devront être mis à disposition.

Si le développement des services du maintien à domicile permet aux personnes âgées de continuer à vivre le plus longtemps possible à leur domicile, même en situation de dépendance, de l'autre, les Centres intégrés pour personnes âgées et les Maisons de soins accueillent les personnes de plus en plus souvent uniquement pour la toute dernière étape de leur vie.

Le défi d'éventuels nouveaux besoins des personnes âgées et à plus forte raison encore, la question de nouveaux types de structures d'encadrement ou de prises en charge, se situant entre le domicile et les établissements actuels reste posée.

La croissance des maladies liées plutôt à la vieillesse et l'accompagnement en fin de vie nécessite également des programmes de formation continue en faveur du personnel entourant les personnes âgées malades.

Il est déplorable de devoir constater que les débats sur le vieillissement démographique tournent presque exclusivement autour des questions de financement et de maîtrise des coûts, soit en matière de retraites, soit en ce qui concerne l'assurance maladie, alors qu'une véritable politique de la santé, devant assurer le mieux possible un accroissement de l'espérance de vie en bonne santé, ne suscite pas le même enthousiasme des experts.

5. Le médecin référent

(article 1, point 8°, introduisant l'article 19bis dans le CSS
et amendements 2°, 3° et 14°)

Le projet de loi initial prévoit l'introduction du choix volontaire du médecin référent.

L'assuré peut désigner un médecin référent avec l'accord de celui-ci.

Les missions du médecin référent sont les suivantes:

- assurer le premier niveau de recours aux soins;
- assurer les soins de prévention et contribuer à la promotion de la santé;
- suivre régulièrement le contenu du dossier de soins partagé de l'assuré;
- superviser le parcours de l'assuré dans le système de soins de santé afin d'éviter les doubles emplois, la surconsommation ou les effets secondaires;
- coordonner les soins dans les cas de pathologies lourdes ou chroniques ou de soins de longue durée;
- informer, orienter et conseiller le patient dans le parcours de soins coordonnés.

Un règlement grand-ducal fixera les qualifications, les droits et les obligations du médecin référent.

Le patient pourra bénéficier d'un remboursement préférentiel en cas de désignation d'un médecin référent.

Tout prestataire de soins aura l'obligation de communiquer toutes données médicales du patient au médecin référent, au Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS) ou tout autre médecin lorsqu'ils le demandent. L'assuré peut demander la restitution des frais si le prestataire n'a pas communiqué les pièces endéans 15 jours.

Si la CSL ne met pas en cause le principe même du médecin référent dans la mesure où il aura pour mission de coordonner et de mieux organiser les soins dispensés au patient ainsi que de suivre le contenu du dossier de soins partagé du patient, elle se demande toutefois quelle est l'opportunité d'introduire une telle fonction si, d'après l'article 1, 8° introduisant un nouvel article 19bis dans le Code de la sécurité sociale (CSS), la désignation d'un tel médecin référent reste facultative pour l'assuré.

Pour en savoir plus, il faut se référer au commentaire de l'article pour apprendre davantage sur les intentions du législateur, ce qui est au moins une pratique peu usuelle de légiférer.

Le dernier alinéa du commentaire de cet article est de la teneur suivante:

„S'ils font le choix d'entrer dans le système du médecin référent, ils restent toujours libres de consulter directement un médecin spécialiste sans passer par le médecin référent. Cependant, si

l'assuré a choisi un médecin référent et s'il dispose d'une prescription préalable de ce dernier avant de consulter un médecin spécialiste, il peut bénéficier dans certains cas à définir dans les statuts de la Caisse nationale de santé d'un remboursement préférentiel.“

La CSL s'oppose à ce que le médecin référent mette sous tutelle et le patient et les autres médecins dans la chaîne de traitements. Selon notre Chambre, il pourra tout au plus „guider“ le patient dans son parcours et son choix de traitements, mais aucunement lui imposer tel traitement ou tel médecin. Si abus il y a dans la dispense d'actes médicaux, il appartient au Contrôle médical de la sécurité sociale ou à la CNS sur base du dossier de soins partagé d'informer l'assuré sur d'éventuelles sanctions ou de non-prises en charge de certains actes médicaux.

Le projet de loi n'indique pas quelle formation doit avoir le médecin référent. S'agit-il d'un généraliste ou est-ce que des médecins spécialistes pourront-ils également exercer la mission de médecin référent? Après tout, un certain nombre d'assurés ont déjà aujourd'hui choisi un interniste comme médecin traitant qui les guide dans un parcours de soins, même si celui-ci n'est pas officialisé. Forcera-t-on à l'avenir ces patients, parfois déjà très âgés, à modifier leurs habitudes et changer de médecin?

La CSL craint en effet, après avoir pris connaissance du commentaire de l'article, que la désignation du médecin référent ne devienne progressivement une obligation pour le patient dans la mesure où la prise en charge des soins médicaux dépendra principalement de l'appréciation et de l'enregistrement des données médicales par le médecin référent et figurant dans le dossier de soins partagé auquel ont accès notamment la CNS et le Contrôle médical de la sécurité sociale. Cette crainte d'une évolution progressive vers un système de soins de santé dirigiste est d'autant plus fondée que le texte de l'article est très concis et flou (contrairement au commentaire de l'article qui laisse percer à jour la vraie volonté du législateur) et renvoie de nouveau à un règlement grand-ducal en ce qui concerne les qualifications, les droits et les obligations du médecin référent.

La CSL n'adhère pas à cette façon de légiférer qui permet au ministre de restreindre à son gré le libre choix du médecin par le patient ainsi que le libre exercice des professions médicales.

La CSL craint finalement qu'au regard des obligations qui sont imposées au médecin référent, celui-ci ne soit progressivement muté en un gestionnaire administratif destiné à exécuter la politique de réduction des dépenses de santé de la CNS plutôt que de contribuer au rétablissement de la santé du patient.

Se pose en outre la question des ressources humaines et matérielles disponibles pour l'introduction du médecin référent. Si la volonté des médecins d'exercer la mission de médecin référent fait défaut en raison d'un manque de temps, la disposition restera lettre morte, puisqu'il faut l'accord du médecin pour qu'il devienne le médecin référent du patient.

Finalement, la disposition d'après laquelle l'assuré peut demander la restitution des frais si le prestataire n'a pas communiqué les pièces endéans 15 jours relève des bonnes intentions. Comment un patient peut-il vérifier si un prestataire a communiqué les pièces ou non, alors qu'il n'a pas accès à son dossier de soins partagé (voir ci-dessous)?

En raison des observations et questions formulées ci-dessus, la CSL est d'avis que l'introduction d'un tel médecin référent induit en erreur dans la mesure où les patients, dans leur majorité, disposent, d'ores et déjà, d'un tel médecin qui, en règle générale, est leur médecin traitant. Voilà pourquoi elle demande au Gouvernement de reconsidérer le texte en limitant la mission du médecin référent à guider et à conseiller le patient et en instaurant le principe que le recours à un médecin référent ou le refus d'y recourir par le patient ne peut avoir des conséquences désavantageuses pour ce dernier au niveau de la prise en charge des actes médicaux et, *ergo*, du libre choix du médecin.

La CSL note avec satisfaction que les amendements au projet de loi tiennent partiellement compte de ses critiques. En effet, les amendements prévoient que le rôle du médecin référent sera de conseiller, d'informer et de guider le patient dans son parcours de soins et les qualifications, obligations et droits du médecin référent seront à définir par les conventions et non pas par règlement grand-ducal.

6. Le tiers payant

(article 1, point 14°, modifiant l'article 24 du CSS)

Le projet de loi ne prévoit pas d'extension du périmètre de la prise en charge directe des frais par la CNS.

Une modification de l'article 24 CSS a pour objet d'adapter l'énumération des cas de tiers payant: le tiret actuel „en cas de séjour de douze heures au moins en milieu hospitalier, l'ensemble des frais d'entretien et de traitement, à l'exception des honoraires médicaux“ est remplacé par le point „en cas de traitement en milieu hospitalier, l'ensemble des frais de traitement“; les termes „les produits et spécialités pharmaceutiques, dispensés en dehors du milieu hospitalier stationnaire“ sont remplacés par les termes „les médicaments“; les termes „les analyses et examens de laboratoire“ sont remplacés par les termes „les analyses médicales de biologie clinique“.

La CSL ne trouve pas d'indications ni dans l'exposé des motifs, ni dans le commentaire des articles, renseignant sur la motivation d'un changement de terminologie des prestations prises directement en charge. Toutefois, l'on peut craindre qu'il ne vise une réduction du tiers payant. En effet, pourquoi rayer de la liste les produits et spécialités pharmaceutiques, dispensés en dehors du milieu hospitalier stationnaire ou encore les frais d'entretien à l'hôpital?

Le projet de loi prévoit en outre l'introduction du tiers payant social dispensant les assurés confrontés à des situations de détresse et de pauvreté considérable, de passer par le système de remboursement sur paiement préalable des prestations de soins de santé. La constatation de l'état d'indigence est faite par les offices sociaux tels que réformés par la loi du 18 décembre 2009 organisant l'aide sociale. Les modalités de la prise en charge directe sont fixées dans les statuts et dans les conventions respectives.

Un relevé périodique des prestations fournies dans le cadre du tiers payant est envoyé par la Caisse nationale de santé à l'assuré. Cette mesure aurait pour but de mieux informer et responsabiliser celui-ci.

La Chambre des salariés ne voit pas dans le tiers payant, ou plutôt dans son application restreinte, un outil de „responsabilisation des malades“, dans la mesure où ceux-ci deviendraient plus conscients du coût véritable de la santé s'ils devaient déboursier plus pour les prestations. Les malades veulent guérir rapidement et l'on ne peut pas les accuser d'être malades.

La CSL estime que l'introduction du tiers payant social est une mesure trop timide, qui va probablement créer beaucoup de travail administratif et qui comportera le risque d'une stigmatisation des bénéficiaires. Le risque de l'arbitraire dans l'appréciation de l'indigence n'est pas totalement à exclure, et, s'il y a des limites de revenu prévues par les conventions et statuts, le problème des seuils resurgira.

Notre Chambre demande une application généralisée du tiers payant, étant donné qu'une telle mesure sera plus simple et qu'un certain nombre de prestations sont déjà, à l'heure actuelle, prises en charge directement.

A titre subsidiaire, et pour autant que le législateur n'introduirait pas une généralisation du tiers payant, la CSL propose que la CNS applique le tiers payant à 100% (prise en charge directe) pour tout bénéficiaire du revenu minimum garanti et du revenu pour personnes gravement handicapées dans les hypothèses visées à l'article 24, ce qui a l'avantage de préserver l'anonymat du patient. Pour les médicaments remboursables à moins de 100%, la CSL propose d'introduire une disposition prévoyant que la CNS rembourse la participation financière aux bénéficiaires du revenu minimum garanti et du revenu pour personnes gravement handicapées sur base de la facture envoyée par le pharmacien.

La CSL rappelle que d'ores et déjà, il existe des possibilités permettant de remédier à une situation financière difficile des assurés.

Ainsi, l'article 154bis des statuts de la CNS dispose que, si au cours d'une année civile, la participation aux prestations de soins de santé des personnes protégées au titre de l'assurance maladie obligatoire dépasse un seuil fixé à 2,5% du revenu cotisable annualisé de l'année précédente, les assurés ont droit au remboursement des participations dépassant ce seuil.

D'autre part, l'article 162 des statuts permet d'accorder une avance sous forme de chèque aux personnes protégées permettant de satisfaire les demandes en paiement émanant de prestataires

de soins, dans des cas exceptionnels où le paiement d'une prestation ou d'une fourniture représente pour la personne protégée une charge insurmontable dans les circonstances où elle se trouve.

7. Le dossier de soins partagé et la protection des données à caractère personnel

(article 1, point 32°, introduisant l'article 60quater dans le CSS et amendements 8° et 9°)

L'article 60quater CSS nouveau, dans la version prévue par le projet de loi initial, dispose que **l'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé** tient à la disposition des prestataires et des patients un dossier de soins partagé.

La fonction d'Agence est confiée à un groupement d'intérêt économique regroupant l'Etat, la Caisse nationale de santé et le Centre commun de la sécurité sociale, ainsi que des organismes représentatifs des prestataires des soins et des associations représentant l'intérêt des patients.

L'Agence peut recourir aux services du Centre commun de la sécurité sociale pour la gestion des droits d'accès des personnes assurées et des prestataires de soins.

Le financement des missions de l'Agence est pris en charge à raison de deux tiers par la Caisse nationale de santé et d'un tiers par l'Etat.

Le **dossier de soins partagé** regroupe les données médicales et autres informations concernant le patient, utiles et pertinentes afin de favoriser la sécurité, la continuité des soins, la coordination des soins, ainsi qu'une utilisation efficiente des services de soins de santé.

Le dossier comprend notamment:

- les actes et données médicaux;
- les prescriptions effectuées dans le domaine des analyses médicales de biologie clinique, d'imagerie médicale et de médicaments, et, le cas échéant, les résultats y afférents;
- l'historique et les comptes rendus de la prise en charge de certaines prestations de soins de santé;
- des informations ou déclarations introduites par le patient lui-même.

Auront accès au dossier:

- le médecin référent, le médecin traitant et les professionnels de santé;
- sur sa demande, le Contrôle médical de la sécurité sociale;
- sur leur demande, les officiers de police judiciaire de la Direction de la santé chargés d'une enquête;
- la direction de l'établissement hospitalier pour les données des patients traités en leur sein.

Selon l'exposé des motifs, le dossier de soins partagé est un dossier partagé et informatisé, regroupant des données déterminées communiquées par les différents prestataires de soins, par la Caisse nationale de santé et le patient.

Le dossier de soins partagé doit permettre de donner aux professionnels de santé un accès unifié et automatisé à certaines données médicales, de soins ou encore administratives relatives à un patient, sous forme de rapports médicaux, de résultats d'analyses de biologie clinique, de comptes rendus d'investigations diagnostiques, d'ordonnances ou de prescriptions, de radiographies ou de tout document ou effet intéressant l'état de santé ou le traitement thérapeutique.

Si l'idée de regrouper toutes les données médicales et autres informations concernant le patient est tout à fait louable, le texte ne souffle mot en ce qui concerne la création, la gestion, la sécurité et la suppression d'un tel dossier, les conditions d'accès à ce dossier ainsi que les personnes y ayant accès.

Qui est propriétaire du DSP? L'Agence nationale des informations partagées, la CNS, les prestataires de soins ou bien l'assuré? Selon la CSL, l'accès au DSP ne peut se faire sans l'accord de l'assuré. Il faudra par conséquent que le patient seul par le biais d'un code puisse permettre l'accès à un médecin ou à tout autre organisme au DSP.

Force est néanmoins de constater que l'article 60quater, paragraphe 3, ne réserve pas l'accès au DSP au patient, mais se contente de disposer au paragraphe 4 que „chaque patient peut à tout moment s'opposer au partage de données le concernant au sein d'un DSP“. Le droit d'op-

position du patient n'est toutefois pas équivalent avec le droit d'accès aux données. Par ailleurs, il y a lieu de souligner qu'un tel droit d'opposition pour le patient n'est effectif que s'il est informé à l'avance d'un éventuel transfert de données ou d'accès au DSP par un des ayants droit énumérés à l'article 60quater, paragraphe 3. Pour le surplus, la CSL est d'avis que, à l'exclusion des prestataires médicaux du patient, les autres ayants droit énumérés à l'article 60quater, paragraphe 3, doivent dûment motiver leur demande d'accès auprès du patient avant de pouvoir accéder au DSP afin que, le cas échéant, le patient puisse exercer les voies de recours contre cette décision. Aussi la CSL se demande-t-elle qui, parmi les ayants droit à l'accès du DSP, est visé par „la direction de l'établissement hospitalier“. Est-ce le directeur seul, le comité de direction avec ou sans l'aval du conseil d'administration ou bien les responsables des différents services de l'établissement hospitalier?

Aussi le texte ne souffle-t-il mot ce qu'il advient du DSP, c'est-à-dire, de l'ensemble des données qui, jusque-là, ont été enregistrées et transférées à d'autres organismes ou parties intéressées lorsque le patient en prend connaissance sans avoir au préalable donné son consentement? La CSL se doit de constater qu'aucune procédure n'est prévue dans le texte pour garantir la protection des données privées du patient.

Constituer un tel DSP sans assurer la sécurité nécessaire en ce qui concerne la gestion de telles données risque de donner lieu à des abus comme par exemple la vente de telles données médicales aux industries pharmaceutiques ou bien l'accès de l'employeur au DSP d'une personne qu'il souhaite engager.

En ce qui concerne cette dernière hypothèse, la CSL exige d'introduire dans le code du travail une disposition interdisant à tout employeur de demander des renseignements sur le DSP du salarié ou même du candidat à un poste, sous peine de sanctions pénales.

Par ailleurs, le texte ne règle pas l'accès au DSP dans certaines hypothèses où le patient est dans l'impossibilité de manifester sa volonté p. ex. lorsqu'il se trouve dans le coma.

Au lieu de répondre aux questions ci-avant soulevées par la CSL, l'article 60quater du projet de loi se contente de renvoyer de nouveau à un règlement grand-ducal.

A titre principal, notre Chambre ne peut accepter une telle façon de légiférer qui réserve le domaine des droits et obligations des patients et prestataires à un règlement grand-ducal qui, à tout moment, peut être modifié sans que le Parlement ne puisse intervenir. Subsidiatement, cette facilité abusive de renvoyer à un règlement grand-ducal est encore à rejeter alors que la CSL, de toute façon, n'a pas connaissance de ce règlement au moment où elle est chargée de l'analyse du présent projet de loi.

La CSL note avec satisfaction que les amendements au projet de loi tiennent partiellement compte de ses critiques. En effet, les amendements prévoient que le CMSS et les officiers de police judiciaire de la Direction de la santé n'auront pas accès au dossier de soins partagé. En revanche, un accès sera garanti au patient, ce qui lui permettra d'exercer son droit d'opposition au partage des données le concernant en toute connaissance de cause.

8. Les voies de recours et l'accès aux bases de données de la sécurité sociale pour l'assuré

(l'article 1, points 26° et 28°, modifiant les articles 47 et 51, alinéa 2 du CSS)

8.1. Des voies de recours extrajudiciaires peu effectives

Selon l'article 47, toute question à portée individuelle à l'égard de l'assuré ainsi que tout litige opposant un assuré à la CNS ou un prestataire à la CNS doivent faire l'objet d'une décision du président de la CNS ou de son délégué.

La CSL se doit de constater que le président de la CNS est, en quelque sorte, à la fois juge et partie dans les litiges qui opposent la CNS à l'assuré ou au prestataire. Partie dans la mesure où en tant que membre de la CNS, il contribue à la prise de décision de la CNS. Juge dans la mesure où en ayant au préalable participé à la décision de la CNS, il juge en quelque sorte sur sa propre décision.

En effet, tous les pouvoirs en matière de traitement d'un éventuel litige avec un prestataire de soins ou un patient, sont remis au seul Président de la CNS. A partir du moment où un prestataire

ou un assuré d'une part et la CNS d'autre part sont liés par une disposition légale, réglementaire ou conventionnelle, l'une des deux parties ne peut être impliquée dans le traitement d'un éventuel litige et seul un organe tiers indépendant peut avoir cette mission.

8.2. L'accès de l'assuré aux informations

A part les voies de recours extrajudiciaires telles que prévues par le présent projet de loi, la CSL se doit de critiquer la réticence des organismes de la sécurité sociale en ce qui concerne l'accès aux informations et bases de données gérées par le Centre commun de la sécurité sociale.

Cette réticence de la part du Centre commun de la sécurité sociale de donner accès à l'assuré en ce qui concerne p.ex. les décisions récentes des juridictions sociales met ce dernier dans une situation d'infériorité non seulement d'un point de vue hiérarchique, mais également d'un point de vue matériel.

L'assuré n'a pas les mêmes moyens de s'approvisionner en informations et jurisprudence pour faire valoir ses droits que les organismes de sécurité sociale eux-mêmes de sorte que les conditions pour un procès équitable „à armes égales“ ne sont pas données.

Alors que dans tout Etat de droit une des missions fondamentales des administrations est de donner un maximum d'informations au justiciable afin de préserver et de défendre, le cas échéant, ses droits à l'égard de l'administration, la CSL se doit de constater que les assurés restent à la merci des organismes de sécurité sociale.

La CSL demande un accès immédiat à la base de données INTRANET du Centre commun de la sécurité sociale afin de défendre au mieux les droits de ses propres ressortissants.

*

II. L'ORGANISATION DE L'ASSURANCE MALADIE LUXEMBOURGEOISE

Les analyses comparatives des différents systèmes de sécurité sociale retiennent comme un des critères principaux de différenciation la nature du mode de décision. Le mode de décision contractuel est caractéristique d'un système d'assurances sociales appelé bismarckien tandis qu'un mode de décision étatique renvoie à d'autres modèles dont le plus connu est le modèle beveridgien.

On constate dans ces analyses comparatives des corrélations évidentes entre le mode de décision et d'autres variables. Ainsi, quand il y a concertation sociale, on a affaire à un système dont le financement est principalement basé sur des cotisations sociales prélevées sur les salaires. Dans ce cas, le principe d'assurance s'articule au principe de solidarité dans un objectif de maintenir le revenu des travailleurs. Dans les modèles où la structure de décision et de gestion revient à l'Etat, le financement se base principalement sur l'impôt, et la solidarité „du citoyen“ n'implique pas de critère assurantiel, l'objectif étant d'assurer un revenu de base à tous.

Dans la plupart des pays européens, la préférence en faveur d'un modèle s'est exprimée à la sortie de la Seconde Guerre Mondiale quand les bases des systèmes ont été mises en place. Celles-ci ont été établies non seulement en fonction d'une conception du progrès qui s'est dessinée dans le cadre de la fin de la guerre, mais aussi en fonction des pratiques du passé. Le Luxembourg, dont le système de sécurité sociale s'est développé dans le cadre du Zollverein au début du XXe siècle, et qui s'était doté d'assurances sociales obligatoires financées par cotisations et gérées par les partenaires sociaux, a opté à la fin de la Deuxième Guerre Mondiale pour le maintien de l'autonomie de gestion des assurances sociales.

1. Organisation actuelle

(articles 396 à 412 du CSS)

Les différentes institutions de sécurité sociale ont le caractère d'établissements publics, dotés de la personnalité civile. La doctrine définit les établissements publics comme „des personnes morales de droit public, chargées par une disposition législative de gérer des services publics déterminés, en vue

de satisfaire à des besoins spéciaux de la population, sous le contrôle tutélaire de l'Etat ou des communes dont elles sont détachées par application du principe de la décentralisation des services.⁶

Comme expression de son autonomie, l'institution dispose d'un patrimoine qui garantit seul ses engagements et dépose ses avoirs auprès des instituts financiers. Elle établit annuellement un budget séparé du budget de l'Etat et un décompte à la fin de la période couverte par la gestion.

Les institutions de la sécurité sociale sont gérées par des organes composés de représentants élus des employeurs, des assurés salariés et non-salariés.

La désignation des mandataires est faite par les différentes Chambres professionnelles sur base des résultats électoraux obtenus lors des élections pour ces chambres. L'Etat est représenté au niveau des organes de gestion par un président fonctionnaire.

Les délégués sont désignés pour cinq ans à moins qu'ils n'achèvent le mandat de leurs prédécesseurs. Ils restent en fonction jusqu'à l'entrée en fonction de leur successeur. En cas de démission d'un délégué, la chambre professionnelle ou l'autorité compétente pour sa désignation procède à son remplacement. Si des faits constituant des manquements graves aux devoirs du délégué viennent à être connus, le ministre de tutelle peut, sur proposition de l'Inspection générale de la sécurité sociale, relever le délégué de ses fonctions après l'avoir entendu dans ses explications.

Les membres des organes des institutions de sécurité sociale sont responsables, conformément au droit commun, de l'exécution du mandat qu'ils ont reçu et des fautes commises dans leur gestion. Ils remplissent leur mandat à titre honorifique et ont droit au remboursement de leurs dépenses effectives et à une indemnité. Pour l'exercice de leur mandat, ils ont droit à un congé pour mandat social.

Les comités directeurs des institutions de sécurité sociale sont assistés par des employés publics, assimilés aux fonctionnaires de l'Etat, ainsi que par des salariés assimilés aux salariés de l'Etat. Un ou plusieurs fonctionnaires de la carrière supérieure de l'Etat peuvent être adjoints aux présidents de la Caisse nationale de santé, de l'Association d'assurance contre les accidents, de la Caisse nationale d'assurance pension, de la Caisse nationale des prestations familiales et du Centre commun de la sécurité sociale auxquels le président peut, pour autant que de besoin, déléguer ses fonctions.

Les actes posés par le président et le comité directeur dans les limites de leurs pouvoirs engagent l'institution de sécurité sociale. Le président peut déléguer l'évacuation des affaires courantes et la représentation devant les juridictions de sécurité sociale et autres instances à un fonctionnaire ou employé dirigeant de l'institution de sécurité sociale. En cas d'absence prolongée, le président est remplacé pendant l'absence par le fonctionnaire le plus ancien en rang.

2. Contrôle tutélaire des institutions de sécurité sociale

(articles 422-424 du CSS)

Les institutions de sécurité sociale sont placées sous la surveillance du **Gouvernement (ministre) qui exerce un contrôle de la légalité des décisions des organes de gestion, par l'intermédiaire de l'Inspection générale de la sécurité sociale**. La loi détermine par ailleurs un certain nombre de décisions des organes des institutions de sécurité sociale, qui requièrent l'approbation du ministre de tutelle.

L'Inspection générale de la sécurité sociale, en tant qu'autorité de surveillance, veille à l'observation des prescriptions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ainsi qu'à la régularité des opérations financières. A cette fin, elle peut en tout temps contrôler ou faire contrôler la gestion des institutions de sécurité sociale. Celles-ci sont tenues de mettre en œuvre une gestion des risques et une assurance qualité appropriée suivant des critères prescrits par l'autorité de surveillance.

L'institution de sécurité sociale est tenue de présenter ses livres, pièces justificatives, valeurs et espèces, ainsi que les documents relatifs au contenu des livres et à la détermination des prestations, et de faire toutes autres communications que l'autorité de surveillance juge nécessaires à l'exercice de son droit de surveillance. Le procès-verbal des délibérations des organes de ces institutions est communiqué sans délai à l'autorité de surveillance.

⁶ 1) Pierre Majerus *L'Etat luxembourgeois*, 1990, p. 343, cité dans le „Droit de la sécurité sociale“, Ministère de la Sécurité sociale, IGSS, avril 2010, p. 406

Toute décision d'un organe d'une institution qui est contraire aux lois, règlements, conventions ou statuts est déferée par son président à l'autorité de surveillance.

Si une décision d'un organe d'une institution de sécurité sociale est contraire aux lois, règlements, conventions ou statuts, l'Inspection générale de la sécurité sociale peut en suspendre l'exécution par décision motivée jusqu'à décision du ministre de tutelle qu'elle saisit aux fins d'annulation. Les motifs de la suspension sont communiqués au président de l'institution concernée dans les cinq jours de la suspension; celui-ci peut, le cas échéant, présenter des observations endéans la quinzaine. Si l'annulation de la décision par le ministre n'intervient pas dans les quarante jours à partir de la communication au président, la suspension est levée. Cette procédure d'annulation ne peut s'exercer lorsqu'un assuré a introduit un recours contre une décision d'une institution de sécurité sociale devant le Conseil arbitral des assurances sociales.

Au cas où l'institution de sécurité sociale refuse de remplir les obligations lui imposées par les lois, règlements, statuts ou conventions, le ministre de tutelle peut après deux avertissements consécutifs, charger l'Inspection générale de la sécurité sociale de mettre à exécution les mesures prescrites par les lois, règlements, statuts et conventions aux frais de l'institution.

3. La mise en cause de l'autonomie de gestion par le projet de loi sous avis

(article 1, point 18°, modifiant l'article 30, alinéa 2 du projet)

Comme il ressort clairement des explications qui précèdent, le Gouvernement exerce un contrôle tutélaire sur les organismes de sécurité sociale. Il contrôle la légalité des décisions des organes de gestion, par l'intermédiaire de l'Inspection générale de la sécurité sociale.

Or, dans le passé, le Gouvernement a conséquemment diminué l'autonomie de gestion des partenaires sociaux. En dernier lieu, la loi sur le statut unique a poursuivi la politique du contrôle de l'Etat sur les institutions de sécurité sociale, politique qui a commencé avec la réforme de l'assurance maladie de 1992. Alors que la présidence des caisses de maladie des ouvriers et des employés privés était toujours assurée alternativement par un délégué des assurés et un délégué des employeurs, le président de la CNS est maintenant un fonctionnaire de l'Etat. Il a la voix prépondérante, puisque en cas d'égalité de voix entre les délégués des assurés et des employeurs, c'est lui qui décide.

La Chambre des salariés plaide en faveur d'une extension de l'autonomie de gestion dans l'assurance maladie en vue de pouvoir réagir plus rapidement et de manière plus efficace aux évolutions et défis et de défendre les intérêts des assurés de manière plus dynamique. Or, bien que l'organisme de gestion de l'assurance maladie-maternité ait reçu la dénomination „Caisse nationale de santé“, elle n'a pas encore pu exercer un rôle plus actif dans la mise en œuvre d'une politique de prévention et de bien-être, sans préjudice évidemment de la prise en charge des traitements curatifs. Une telle politique de prévention devrait concerner notamment la médecine dentaire, des problèmes de dos, des maladies psychosomatiques. En outre s'agirait-il d'introduire des normes de qualité contrôlables permettant de responsabiliser les fournisseurs de soins en cas de non-respect des normes.

Au contraire, le Gouvernement décide de façon unilatérale des mesures à appliquer en matière de prévention (cf. Nouvelle grippe), alors que les charges financières non négligeables incombent à la CNS.

De même, en matière de financement, le projet de loi permet aux pouvoirs publics de déroger aux dispositions de l'article 30 CSS qui prévoit que les taux de cotisation sont refixés par le comité directeur avec effet au premier janvier de l'année pour laquelle le budget fait apparaître que le montant de la réserve se situe en dehors des limites y prévues.

A l'heure actuelle, l'intervention du Gouvernement n'est que prévue dans le cas où le comité directeur n'a pas refixé les taux au 1er décembre, ceux-ci étant alors arrêtés par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

4. Le Contrôle médical de la sécurité sociale

(article 1, point 64°, modifiant l'article 418 du CSS)

Le Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS) est une administration de l'Etat sous l'autorité du ministère de la Sécurité sociale qui a pour principales missions:

- * la constatation de l'incapacité de travail et, le cas échéant, la fixation de son degré provisoire ou définitif par rapport à la capacité de travail normale;
- * la vérification et le contrôle périodique des maladies ou infirmités donnant droit à des indemnités ou subventions;
- * les avis et examens médicaux en vue de l'octroi des cartes de priorité et d'invalidité.

Force est néanmoins de constater que le nouvel article 418 ne remédie pas à un certain nombre de défaillances ayant existé jusqu'à présent et que le CMSS est le maillon faible du système.

4.1. *L'absence de participation des partenaires sociaux dans la gestion du CMSS*

Malgré les revendications réitérées des organisations syndicales représentées au sein des autres organes de la sécurité sociale (assurance maladie, assurance pension, assurance accident, assurance dépendance), le CMSS est géré exclusivement par des médecins fonctionnaires.

Sans préjudice quant aux compétences et missions purement médicales devant rester l'apanage des médecins du CMSS, la CSL exige néanmoins que la politique générale du CMSS doive être gérée par un comité directeur composé paritairement de délégués salariés et de délégués non salariés.

4.2. *La constatation de l'état de santé des assurés par le CMSS*

La CSL critique la façon dont les assurés sont contrôlés par le CMSS, à supposer que le verbe „contrôler“ soit de mise en l'espèce.

En effet, la pratique a montré que les médecins du CMSS se limitent à un examen ou contrôle in abstracto des assurés en se contentant de consulter et de vérifier les pièces de leurs dossiers sans néanmoins procéder à un examen médical de l'assuré.

Notre Chambre exige d'introduire une disposition à l'article 418 en vertu de laquelle le CMSS est obligé de procéder à un examen médical de l'assuré en tenant compte des pièces à l'appui de son état de santé.

4.3. *L'incompatibilité du droit du travail et de la sécurité sociale en ce qui concerne le renversement de la présomption de l'incapacité de travail*

La jurisprudence des juridictions de travail a forgé, avant l'entrée en vigueur du statut unique, une pratique en faveur de l'employeur qui lui permettait de contrôler l'employé privé pendant la période de la continuation de la rémunération (Lohnfortzahlung) en convoquant celui-ci auprès d'un médecin de son choix. Si ce dernier constatait l'aptitude du salarié de travailler, les juridictions du travail ont néanmoins retenu que le premier certificat de maladie garde toute sa valeur et qu'il faudrait par conséquent l'avis d'un troisième médecin pour savoir si oui ou non le salarié était déclaré malade ou apte à (re)travailler⁷.

Cette pratique jurisprudentielle des juridictions du travail n'a pas été abrogée avec l'introduction du statut unique, de sorte que le pouvoir du Contrôle médical de la sécurité sociale peut toujours être contrecarré par cette pratique consistant pour l'employeur à convoquer le salarié malade auprès d'un médecin de son choix, car aucune disposition légale en matière de droit du travail n'interdit à l'employeur d'y recourir.

Ainsi les situations suivantes peuvent se présenter:

⁷ Dans un arrêt du 8 février 2001 (No 24714), la Cour d'appel avait adopté la même position et estimé que le seul certificat du médecin-conseil était insuffisant pour renverser la présomption d'incapacité de travail découlant du certificat établi par le médecin traitant. Ce n'est que si le troisième médecin conclut à la capacité du salarié, que l'employeur peut valablement procéder à un licenciement avec préavis, sans attendre l'écoulement de la période de protection contre le licenciement.

Pendant la période de la continuation de la rémunération, le salarié est convoqué successivement par l'employeur chez un médecin de son choix et par le Contrôle médical de la sécurité sociale. Si le premier décide qu'il est apte à travailler, il reste néanmoins protégé contre le licenciement, le premier certificat médical gardant toute sa valeur. Si, par après, le Contrôle médical décide qu'il est inapte à travailler, il restera déclaré malade. Toutefois rien n'empêche que l'employeur ait de nouveau recours à un médecin de son choix. Cette pratique de l'employeur pourrait être répétée *ad infinitum et absurdum!*

Pendant la période de prise en charge de la CNS, on peut aboutir à la situation suivante:

Le salarié est convoqué par le Contrôle médical de la sécurité sociale qui le déclare apte à travailler. Conséquence: l'indemnité pécuniaire de maladie n'est plus payée⁸! Toutefois, l'assuré reste protégé contre le licenciement alors que le premier certificat de maladie maintient sa validité en droit du travail⁹.

Avec la généralisation de la continuation de la rémunération et la création de la Mutualité des employeurs qui rembourse à l'employeur le coût de la rémunération (LFZ) généré par la maladie du salarié – coût qui est financé en dehors des cotisations des entreprises, par la surprime et une participation de l'Etat – cette pratique jurisprudentielle qui avait une justification avant l'entrée en vigueur du statut unique pour contrôler les employés privés – car l'employeur supportait seul le coût de la rémunération – n'a plus de raison d'être depuis l'entrée en vigueur du statut unique.

La CSL exige par conséquent que le CMSS statue en dernier ressort sur l'état de santé de l'assuré sans préjudice des recours judiciaires prévus aux articles 454 et 455 du Code de la sécurité sociale et que l'article L.121-6 du Code de travail soit complété par une disposition qui oblige l'employeur à saisir le CMSS s'il a des doutes sur l'état de santé du salarié.

5. L'établissement de la liste positive des médicaments

(article 1, points 10° et 11°, modifiant l'article 22 du CSS et introduisant l'article 22bis dans le CSS)

L'article 22, paragraphe 1, alinéa 4, prévoit que „la liste des médicaments est établie par les statuts, la Direction de la santé, division de la pharmacie et des médicaments et le Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS) demandés en leur avis. La décision d'exclure une catégorie de médicaments de cette liste s'opère dans la même forme“.

Pour savoir qui a le pouvoir de décision, il faut se référer à l'article 22, paragraphes 2 et 3, qui est de la teneur suivante:

„(2) Le président de la Caisse nationale de santé ou son délégué prend les décisions relatives:

- 1) à l'inscription ou non des médicaments sur la liste positive et décide du taux de prise en charge qui leur est applicable. Il décide pareillement de l'exclusion d'un médicament de la liste positive;
- 2) à la première inscription ou au retrait des médicaments de la liste des principes actifs soumis à la base de remboursement prévue à l'article 22bis.

Les décisions visées à l'alinéa précédent sous le point 1) sont prises sur base d'un avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale. Cet avis s'impose au président ...

(3) Pour des motifs d'intérêt général ou de santé publique, des médicaments répondant aux critères définis selon le paragraphe 1, alinéa 2¹⁰, mais pour lesquels aucune demande n'a été introduite, peuvent être inscrits d'office sur la liste positive par le comité directeur de la Caisse nationale de santé, la Direction de la santé, division de la pharmacie et des médicaments, et le Contrôle médical de la sécurité sociale demandés en leur avis.“

8 Article 188 des statuts de la CNS

9 Cour d'appel, 3ème chambre sociale, du 17 juin 2010, No 35432 du rôle „L'avis du médecin-conseil du Contrôle médical de la sécurité sociale produit par l'employeur n'a aucune prépondérance sur les attestations du médecin traitant et ne peut constituer à lui seul la preuve de l'inexactitude des certificats médicaux remis par la salariée“.

10 „Les décisions d'inscrire ou non un médicament sur la liste ou d'en exclure une catégorie ou un produit déterminé doivent être basées sur les critères découlant des articles 17, alinéa 1 et 23, alinéa 1.“

La CSL se demande tout d'abord pourquoi le CMSS, au paragraphe 2 de l'article 22, a un pouvoir de décision en ce qui concerne le point 1) et non pas en ce qui concerne le point 2) ou bien inversement pourquoi le président de la CNS a un pouvoir de décision pour le point 2) et non pas pour le point 1) où celui-ci est lié par l'avis du CMSS. Tout ceci est peu cohérent et peu transparent. Comme si les deux cas d'hypothèses ne suffisent pas, le législateur rajoute une troisième hypothèse dans le paragraphe 3 où l'avis obligatoire du CMSS n'est plus requis pour inscrire un médicament sur la liste positive lorsque pour des motifs d'intérêt général ou de santé publique, celui-ci répond aux critères découlant de l'article 17, alinéa 1 CSS nouveau (énumération des prestations prises en charge par la CNS) et de l'article 23, alinéa 1 CSS (les prestations doivent correspondre au mieux à l'état de santé des assurés et ne pas dépasser l'utile et le nécessaire). Dans cette hypothèse, le comité directeur de la CNS peut l'inscrire d'office sur la liste positive.

Où est la logique de cette répartition et répartition de compétences entre le CMSS, le Président de la CNS et le comité directeur de la CNS?

Par ailleurs, la CSL émet de sérieux doutes quant aux qualifications et compétences professionnelles du CMSS et, à plus forte raison du Président de la CNS dans cette matière alors qu'en pratique, il est d'usage de recourir à un avis auprès d'experts étrangers. Néanmoins il est nul part précisé que ni le CMSS ni le Président de la CNS ni le comité directeur de la CNS soient obligés de recueillir l'avis d'un tel expert, ce qui, théoriquement, permet à chacun d'eux dans l'une des trois hypothèses susvisées de prendre une décision sans recourir à un tel expert. La CSL est d'avis qu'il faudrait davantage professionnaliser le CMSS afin de lui attribuer les missions lui dévolues par la loi et d'empêcher que par le biais du Président de la CNS ou du comité directeur de la CNS, on ne tienne compte que des aspects purement économiques des médicaments au détriment de la santé des patients.

Il en va de même pour la Direction de la santé qui, selon l'article 22bis, a compétence pour distinguer les médicaments pour lesquels il peut y avoir substitution par un autre médicament du même groupe. Mais là encore, la CSL se demande ce que vaut un tel avis de la Direction de la santé lorsque le Président de la CNS n'y est pas lié.

Pour la CSL, il est incompréhensible que la compétence et la saisine de différents acteurs est requise (CMSS, Président de la CNS, comité directeur de la CNS, Direction de la santé) selon qu'il s'agit

- 1) de l'inscription de médicaments ou de la radiation de médicaments de la liste positive,
- 2) de l'inscription de médicaments sur la liste positive pour des motifs d'intérêt général ou de santé publique, ou bien
- 3) de savoir quels médicaments peuvent ou non être substitués par un autre médicament du même groupe.

Finalement la CSL se pose la question de savoir qui est responsable en cas de préjudice subi par le patient lorsque celui-ci a été généré par un médicament de substitution alors que selon l'article 22bis, dernier alinéa, le pharmacien a l'obligation d'informer l'assuré lors de la délivrance du médicament qu'il s'agit d'un médicament inscrit sur la liste des groupes de médicaments soumis à une base de remboursement et de lui proposer une substitution par le médicament le plus économique du même groupe. Le médecin? Le pharmacien? La CNS? Ou bien, dans le pire des cas, l'assuré lui-même? Le pharmacien se voit-il sanctionner s'il conseille au patient le médicament original au lieu du médicament générique? Le patient voit-il sa participation financière augmenter lorsqu'il insiste sur la délivrance par le pharmacien du médicament original?

Notre Chambre craint que l'incitation de la CNS de ne délivrer que des médicaments de substitution (là où il en existe évidemment) au prix économiquement le plus favorable ne se fasse au détriment de la santé du patient alors que les médicaments de substitution ont souvent d'autres composantes qui, par conséquent, peuvent générer d'autres effets négatifs qui, de nouveau, peuvent varier d'un patient à l'autre.

En raison des questions soulevées ci-avant, la CSL demande la suppression du dernier alinéa de l'article 22bis prévoyant l'obligation du pharmacien d'informer l'assuré que pour un médicament prescrit, il existe un générique qu'il lui propose d'acheter et de ne retenir que la responsabilité du prescripteur. Aussi le texte doit-il garantir que le patient ne subit pas une augmentation

de sa participation lorsque le médecin prescrit un médicament original alors qu'il existe un médicament plus économique du même groupe.

En outre, pour ce qui est de la fixation des prix des médicaments, dont la compétence sera transmise du ministre de l'Economie au ministre de la Santé, celle-ci se fait sur des moyennes de prix, alors que le prix demandé à l'assuré, surtout en matière de médicaments nouvellement mis sur le marché, peut être largement supérieur et risque de conduire à des participations exorbitantes.

6. Le conventionnement général et obligatoire entre prestataires de soins et la CNS

(article 1, points 34° et 35°, modifiant les articles 64 et 65 du CSS)

Le système du conventionnement général et obligatoire a impliqué jusqu'à présent qu'au Luxembourg, tous les prestataires de soins ont été obligatoirement conventionnés et, à ce titre, ont été obligés de respecter les nomenclatures et tarifs tels qu'ils sont définis par les lois, règlements, conventions et statuts en vigueur.

Le Code de la sécurité sociale distingue entre les relations dans le secteur extra-hospitalier (articles 61 à 73) et les relations avec le secteur hospitalier (articles 74 à 79).

6.1. Violation du principe de la liberté contractuelle

La CSL se doit de constater que, par l'introduction des articles 3 à 7 du présent projet de loi (figurant sous l'intitulé „Dispositions financières“), le conventionnement général et obligatoire risque d'être mis en question. En effet, les dispositions des articles 3 à 7 contreviennent à l'article 63 du Code de la sécurité sociale qui est de la teneur suivante:

„(1) Les conventions sont conclues pour une durée indéterminée et ne peuvent agir que pour l'avenir. Par dérogation à ces deux principes, l'adaptation annuelle de la valeur des lettres-clés prévues à l'article 65 ou la révision périodique des autres tarifs peut avoir un effet rétroactif dans les conditions définies conformément à l'article 64.

(2) Elles peuvent être modifiées à tout moment d'un commun accord par les parties signataires et être dénoncées en tout ou en partie par chacune de ces parties moyennant un préavis de douze mois. Les négociations en vue du renouvellement total ou partiel des conventions sont entamées endéans les deux mois suivant la dénonciation, à une date publiée au Mémorial à l'initiative de la Caisse nationale de santé.“

Force est toutefois de constater que nonobstant l'article 63 précité, le ministre s'immisce dans le conventionnement et dans le pouvoir de gestion des partenaires sociaux:

- en maintenant au niveau actuel pour les deux années à venir, les lettres-clés des médecins et autres professionnels de santé et en réduisant la lettre-clé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique de 0,3557 à 0,3050 (article 4);
- en fixant par règlement grand-ducal les réductions nécessaires à opérer sur les coefficients des actes et services prévus dans la nomenclature des prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, point 1) applicables au 31 décembre 2010, afin de dégager au profit de l'assurance maladie-maternité une économie correspondant pour l'exercice 2011 par rapport aux dépenses prévues pour 2010 à un montant de 8 millions d'euros au minimum et de 9 millions d'euros au maximum (article 5, alinéa 1);
- en déterminant par règlement grand-ducal les adaptations à apporter aux conditions, modalités et taux de la prise en charge des actes, services et fournitures ainsi que des médicaments dispensés dans les pharmacies ouvertes au public afin de dégager au profit de l'assurance maladie-maternité une économie équivalente pour l'année 2011 par rapport aux dépenses prévues pour 2010 à un montant de 24 millions d'euros au minimum et de 26 millions d'euros au maximum (article 5, alinéa 2);
- en fixant le taux de cotisation prévu à l'article 29, alinéa 1er du Code de la sécurité sociale à 5,80 pour cent pour la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2011 (article 7).

Notre Chambre tient à souligner que la façon de légiférer du Gouvernement en imposant de façon unilatérale et dirigiste soit par la loi (articles 4, 6 et 7) soit par règlement grand-ducal

(article 5) les valeurs des lettres-clés est non seulement contraire à l'article 63 du CSS ancrant le principe de la liberté contractuelle ainsi qu'à l'article 65 du projet de loi en vertu duquel „la lettre-clé est un signe dont la valeur en unité monétaire est fixée par voie conventionnelle“, mais est également de nature à détruire le système entier de notre sécurité sociale basé sur l'autonomie et la cogestion des partenaires sociaux dans le processus de décision.

Les articles 4 à 7 du projet de loi initial risquent de constituer la fin du conventionnement et la fin du système de cogestion des partenaires sociaux au sein des organismes de sécurité sociale. Rien ne garantit qu'à l'expiration des périodes fixées dans les articles précités, on réintègre ces dispositions au conventionnement.

6.2. Le conventionnement: garant d'un système accessible, abordable et équitable des soins de santé

La CSL plaide pour le maintien du pouvoir de gestion et de décision des partenaires sociaux et le respect du conventionnement général et s'oppose à toute tentative du Gouvernement de s'arroger le droit de fixer lui-même la valeur des lettres-clés et des coefficients des actes et services médicaux.

L'inscription des actes médicaux dans la nomenclature et la fixation de leurs tarifs obligent les prestataires de soins à respecter les tarifs. Une mise en cause du système conventionnel de nomenclature permettrait aux prestataires de soins de fixer eux-mêmes leurs propres tarifs et de privilégier les assurés qui auraient conclu une assurance complémentaire privée au détriment des assurés du système obligatoire et général de l'assurance maladie. Même un déconventionnement partiel aurait pour effet que le taux de cotisation des médecins conventionnés augmenterait et aboutirait à une médecine à deux vitesses. Le système luxembourgeois du conventionnement peut être considéré comme un puissant bouclier contre l'introduction d'une médecine à deux vitesses.

En tout état de cause, la défense du conventionnement obligatoire généralisé par notre Chambre ne peut en aucun cas être interprétée comme une mise en question de l'obligation des prestataires de soins de fournir leur contribution à l'assainissement financier du système de santé. En effet, notre Chambre rappelle que l'augmentation de la participation des assurés a été décidée, contre les voix des représentants des assurés, par le comité directeur de la CNS en date du 10 novembre 2010. Ces mesures d'économies statutaires à hauteur de 20 millions d'euros sont liées au maintien dans le projet de loi d'une économie correspondante à réaliser à charge des prestataires de soins.

7. La nécessité d'une révision des nomenclatures

(article 1, point 35°, modifiant l'article 65 du CSS)

Les chambres professionnelles salariales ont revendiqué à plusieurs reprises dans le cadre de leurs avis relatifs aux projets de loi dans le domaine de la sécurité sociale la révision de la nomenclature et de la lettre-clé des actes médicaux des différentes professions de santé. Est-il normal par exemple qu'un patient se voit rembourser un dentier alors que les traitements prophylactiques destinés à empêcher la perte finale des dents – comme un curetage – ne sont pas pris en charge? Est-il financièrement plus rationnel et qualitativement plus sain pour un assuré de se voir prendre en charge une paire de lunettes tous les trois ans au lieu d'une prise en charge unique d'une intervention au laser des yeux? Au vu de ces deux exemples, le principe „de l'utile et du nécessaire“ ou „du soigner mieux en dépensant mieux“ mérite d'être revu.

Les nomenclatures doivent être adaptées régulièrement et périodiquement à l'évolution médicale et scientifique, ce qui malheureusement n'a pas été la règle jusqu'à présent.

Une révision de la nomenclature s'impose également afin de mieux tenir compte de la durée et du risque liés à certains actes médicaux comme p. ex. dans le domaine de la médecine gériatrique.

Dans le même ordre d'idées, elle revendique que seuls les actes et services médicaux dont la qualité a été contrôlée préalablement par le CMSS soient pris en charge par la CNS (voir aussi point III.1.2.2. du présent avis sur le contrôle de la qualité).

L'alinéa 4 de l'article 65 dispose que „lorsque l'acte ou le service professionnel implique l'utilisation d'un appareil, la nomenclature peut fixer un forfait couvrant les frais directs et indirects résultant de l'utilisation de l'appareil“.

La CSL est d'avis qu'il faudrait fixer pour chaque appareil la période d'amortissement au-delà de laquelle un tel forfait ne pourrait plus être facturé à l'assuré par le médecin. Il est inacceptable que les assurés se voient facturer de tels forfaits alors que l'appareil est déjà depuis longtemps amorti. Aussi faudrait-il veiller à soumettre les appareils à un contrôle régulier afin de les retirer, le cas échéant, du marché s'ils ne sont plus à la pointe du progrès des technologies médicales.

8. La Commission de nomenclature encadrée par deux nouveaux organes: la Cellule d'expertise médicale et le Conseil scientifique

(article 1, points 35° et 36°, modifiant l'article 65 du CSS et introduisant l'article 65bis dans le CSS)

La composition de la Commission de nomenclature est revue. En fait, la présence des acteurs issus du domaine des soins de santé est renforcée et portée au même niveau que ceux nommés par les ministres de la Santé et de la Sécurité sociale et de la Caisse nationale de santé. Ainsi, l'Association des médecins et médecins-dentistes se voit accorder un représentant supplémentaire et le Collège médical peut également nommer un représentant. Ce renforcement du corps médical dans la Commission de nomenclature revient à préparer la réforme de la nomenclature médicale, qui va devenir un des défis prioritaires pour les années à venir. Le projet de loi prévoit également d'accorder un représentant à l'Entente des hôpitaux luxembourgeois. Cette mesure doit contribuer au développement d'une meilleure cohérence et d'une meilleure coordination entre les établissements hospitaliers et le corps médical y agréé. En outre, cette mesure peut être considérée comme un préalable à une future introduction éventuelle d'un système de rémunération forfaitaire basé sur des DRG (*Diagnosis related groups*¹¹), s'appliquant en commun aux médecins et aux hôpitaux.

Si la CSL salue le changement de composition de la Commission de nomenclature par le renforcement des représentants du domaine des soins de santé, elle se pose toutefois la question de l'efficacité de celle-ci alors que dans les recommandations qu'elle fait au sujet des nomenclatures des actes, des services professionnels et prothèses, elle est assistée par la Cellule d'expertise médicale, à laquelle elle doit obligatoirement demander des avis sur les affaires dont elle est saisie.

Si le législateur renforce la représentation des prestataires de soins dans la Commission de nomenclature, il remet de nouveau en question ce rééquilibrage des rapports de force en soumettant obligatoirement leurs recommandations à la Cellule d'expertise médicale, qui, elle, est rattachée administrativement à l'IGSS et est composée exclusivement de fonctionnaires du Contrôle médical de la sécurité sociale, de la Direction de la santé ou de l'IGSS.

Ce que le législateur donne d'une main, il le reprend en quelque sorte de l'autre.

Est-ce vraiment une plus-value de soumettre la Commission sous la tutelle de la Cellule d'expertise médicale qui, en plus, sera flanqué d'un Conseil scientifique ayant pour mission d'élaborer et de contribuer à la mise en œuvre de standards de bonnes pratiques médicales?

Les doutes exprimés par la CSL sont d'autant plus pertinents que le législateur renvoie de nouveau à des règlements grand-ducaux en ce qui concerne le fonctionnement de la Commission, la procédure à suivre, les éléments constituant la demande standardisée d'inscription ainsi que l'indemnisation des membres et experts commis ainsi que la composition et le fonctionnement du Conseil scientifique, l'indemnisation de ses membres et experts.

La CSL craint fortement qu'avec la complexification des procédures et la création d'organismes supplémentaires, l'adaptation régulière de la nomenclature au progrès scientifique ne risque de ne pas avoir lieu, comme l'a prouvé si souvent la pratique dans le passé.

¹¹ DRG steht für Diagnosis Related Groups und bedeutet vereinfacht erklärt eine Zuweisung einer bestimmten Vergütung pauschal je nach Schweregrad des Behandlungsfalls.

9. La réforme des attributions conférées à la Commission de surveillance

(article 1, points 42° et 45°, modifiant l'article 72 du CSS et introduisant l'article 73bis dans le CSS)

Le rôle d'une Commission de surveillance d'assurance maladie-maternité, afin d'être efficace et en même temps dissuasive, doit être celui de pouvoir intervenir dans tous les domaines de violation des dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et non seulement celui de trancher des litiges individuels au sujet d'un tarif en application des nomenclatures ou des conventions.

Actuellement le Code de la sécurité sociale attribue à la Commission de surveillance deux champs de compétence:

- 1) celui de l'article 72bis, c'est-à-dire trancher les recours administratifs internes en matière de tarifs et de tiers payant;
- 2) celui de l'article 73: un pouvoir d'investigation et de contrôle.

D'après le Gouvernement, il ne serait pas opportun d'attribuer à une même commission, à composition identique, deux terrains d'intervention si différents.

Afin de pouvoir réformer la Commission de surveillance et renforcer les mesures relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude, le projet de loi prévoit de ne lui conférer qu'un seul champ de compétence, celui de poursuivre toute inobservation des règles de la sécurité sociale aboutissant à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation par l'institution de sécurité sociale et de faire condamner l'auteur par la juridiction sociale. La loi doit attribuer à la Commission de surveillance des prérogatives adaptées afin d'assurer son efficacité et d'asseoir sa légitimité.

Ainsi est-il proposé de transférer le premier champ de compétence actuel de la Commission de surveillance, à savoir celui de l'article 72bis actuel des décisions individuelles relatives aux tarifs et au tiers payant, dans la procédure administrative interne de l'article 47 et de l'article 51 du Code de la sécurité sociale: les litiges individuels opposant soit un assuré soit un prestataire à la Caisse nationale de santé font l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué susceptible d'un recours de première et de deuxième instance devant les juridictions de sécurité sociale.

La CSL ne partage pas le raisonnement du législateur prévoyant d'attribuer les décisions individuelles relatives aux tarifs et au tiers payant concernant un assuré ou un prestataire à l'égard de la CNS au Président de la CNS pour les raisons déjà soulevées au point I.8.1., à savoir que le Président de la CNS juge en quelque sorte sur sa propre décision (absence d'indépendance et d'impartialité dans le chef du Président de la CNS). La CSL estime que le changement de la composition de la Commission de surveillance tel que prévu par le présent projet de loi est de nature à garantir l'impartialité et l'indépendance dans la mesure où, à côté du président et du vice-président nommés par le ministre en raison de leurs compétences juridiques, les délégués sont choisis parmi une liste de dix personnes établie par le comité directeur de la CNS.

Pour chaque affaire, le président désigne quatre délégués suivant les modalités suivantes:

- 1) deux délégués sont choisis par le président sur une liste de dix personnes établie par le comité directeur de la Caisse nationale de santé. Cinq des délégués figurant sur cette liste représentent les secteurs visés aux points 1 à 4 de l'article 46 et cinq autres délégués les secteurs visés aux points 5 à 8 du même article;
- 2) pour les affaires mettant en cause un médecin ou un médecin-dentiste, le troisième délégué est choisi sur une liste de cinq personnes établie par le Collège médical et le quatrième délégué est choisi sur une liste de cinq personnes établie par le groupement représentatif des médecins et des médecins-dentistes;
- 3) pour les affaires mettant en cause un autre prestataire visé à l'article 61, alinéa 2 que celui visé au point précédent, le troisième délégué est choisi sur une liste de cinq personnes établie par le Conseil supérieur des professions de santé et le quatrième délégué est choisi sur une liste de cinq personnes établie par chaque groupement professionnel signataire d'une des conventions visées à l'article 61, alinéa 2.

Etant donné que le président désigne les délégués à tour de rôle en fonction de la nature du litige, la CSL estime que la Commission de surveillance est mieux située à statuer sur les litiges

individuels prévus à l'article 72bis que le président de la CNS. Voilà pourquoi elle demande le maintien des attributions prévues à l'article 72bis du CSS dans le chef de la Commission de surveillance sinon, à titre subsidiaire, de conférer le règlement de tels litiges individuels à un organe remplissant les conditions d'impartialité et d'indépendance (qu'il s'agirait, le cas échéant, de créer).

La CSL a encore un doute sur la formulation du nouvel article 72, alinéa 1 qui dispose que „il est institué auprès du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale une Commission de surveillance compétente pour instruire les affaires qui sont portées devant elle par la Caisse nationale de santé ...“.

Cela veut-il dire que la Commission de surveillance est saisie d'office par respectivement le Contrôle médical de la sécurité sociale et la CNS ou est-ce que ce sont ces derniers qui décident de saisir ou de ne pas saisir la Commission?

La CSL est d'avis que la Commission de surveillance doit être saisie d'office dans les hypothèses 1) et 2) de l'article 72, alinéa 1.

Parmi les mesures d'instructions dévolues à la Commission de surveillance énumérées à l'article 72, alinéa 2 sub 6) du projet de loi figurent la violation des bonnes pratiques médicales opposables ou du seuil de prescription des médicaments disposant d'une base de remboursement.

Les Références Médicales Opposables (RMO) constituent un guide de bonne pratique, établi d'après des critères scientifiques, permettant de définir les soins médicaux les mieux adaptés à une pathologie. Les références indiquent ce qu'il n'y a pas lieu de faire ou bien ils indiquent le nombre maximum d'exams, par exemple, qu'il y a lieu de prescrire. Elles sont à prévoir dans la convention conclue entre la CNS et l'association des médecins et médecins-dentistes.

D'après les informations de la CSL, ces RMO n'ont pas encore fait l'objet d'un aboutissement conventionnel concret. Par ailleurs, elle se pose la question, si jamais ces pratiques sont consacrées dans une convention, quod non, dans quelle mesure la responsabilité d'un prestataire peut être engagée sur des dispositions qui n'ont qu'une valeur de recommandations.

Afin d'assurer le respect des garanties fondamentales de l'article 6, le projet de loi distingue clairement entre la phase de l'instruction assurée par une autorité administrative, la Commission de surveillance, et la phase juridictionnelle de l'exercice du pouvoir de sanction. La Commission de surveillance procède à l'enquête, désigne un rapporteur parmi ses membres et si elle retient que les éléments constitutifs d'une situation d'abus sont établis, elle renvoie l'affaire devant les juridictions sociales. En première instance il appartient au Conseil arbitral de la sécurité sociale de juger l'affaire et de prononcer ou non la sanction. Le défendeur dispose ici de toutes les garanties du droit à un procès équitable devant une juridiction indépendante et il peut faire appel devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale.

10. Désignation des assesseurs du Conseil arbitral de la sécurité sociale et du Conseil supérieur de la sécurité sociale

(article 1, point 66° du projet modifiant l'article 454, paragraphe 3, alinéa 6 du CSS)

En vertu de la modification apportée à l'article 454, paragraphe 3, alinéa 6 du CSS par le projet de loi sous avis, les chambres professionnelles désignent les candidats par vote secret à l'urne au scrutin de liste, suivant les règles de la représentation proportionnelle, l'ordre de présentation des candidats se faisant suivant les résultats obtenus lors de ce vote. En cas d'égalité de voix, la priorité revient au candidat le plus âgé.

Les conditions et les modalités de la désignation des candidats sont déterminées par règlement grand-ducal.

Cet article aurait pour objectif d'insérer une base légale pour l'application à la désignation des candidats assesseurs-assurés et assesseurs-employeurs des dispositions du règlement grand-ducal du 9 décembre 2008 ayant pour objet la désignation des délégués des institutions et juridictions de sécurité sociale.

La Chambre des salariés rend attentif au fait que l'article 5 dudit règlement grand-ducal du 9 décembre 2008 prévoit la possibilité d'une dispense d'élections si une seule liste de candidats est présentée.

D'après la nouvelle teneur de l'article 454, paragraphe 3, alinéa 6, cette procédure simple ne serait plus possible, étant donné que le vote secret à l'urne au scrutin de liste serait ancré dans la loi. C'est pourquoi notre Chambre propose la teneur suivante dudit alinéa:

„Les chambres professionnelles désignent les candidats d'après les conditions et modalités déterminées par règlement grand-ducal.“

Ainsi, la base habilitante du règlement grand-ducal du 9 décembre 2008, qui règle également la désignation des assesseurs des juridictions sociales, serait créée, avec le maintien de la possibilité d'une dispense d'élections.

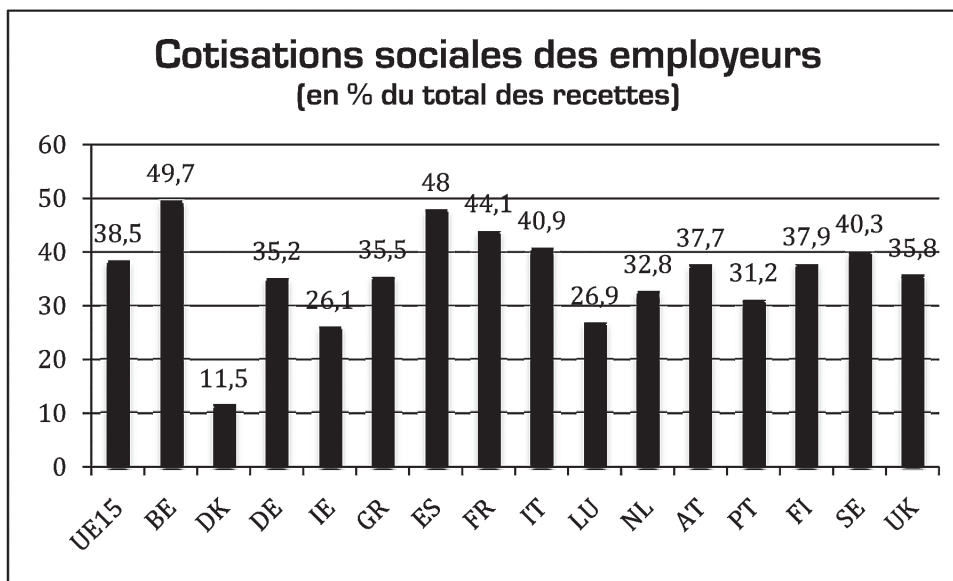
11. Coût et financement de la santé

11.1. Le coût de la santé

Malheureusement, les études internationales se focalisent trop souvent sur l'aspect coût lorsqu'elles analysent le système de santé luxembourgeois (ou la protection sociale entière). Elles négligent le fait que la protection sociale est également un facteur de production important qui contribue à des emplois stables, à la cohésion sociale, au développement économique et à une meilleure qualité de vie.

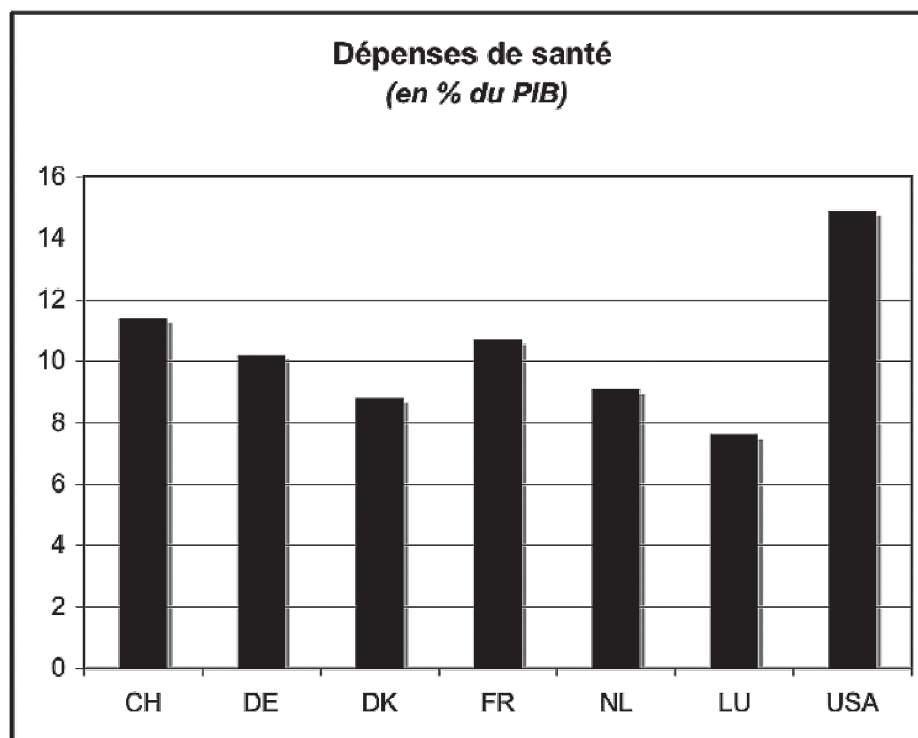
La CSL salue en outre le fait que la participation de l'Etat au financement de la Sécurité sociale est un facteur de compétitivité dans la mesure où elle allège les charges sociales des entreprises.

D'ailleurs, comme le montre le graphique qui suit, les employeurs luxembourgeois contribuent relativement peu au financement de la sécurité sociale. Leurs cotisations sociales, par rapport au total des recettes de la protection sociale, sont largement inférieures à celles de nos pays voisins.



Eurostat, 2007

Les études internationales, comme celle de l'OCDE, se réfèrent souvent aux dépenses de santé par habitant pour fustiger le coût prétendument excessif de notre système de santé. Or, les statistiques par habitant n'ont pas beaucoup de valeur au Luxembourg, pays où les frontaliers représentent à peu près 44% de l'emploi salarié. Si l'on se réfère par contre aux dépenses de santé par rapport au PIB, le résultat est tout autre, comme le montre le graphique qui suit:



Source: Eurostat, données 2004, sauf pour le Danemark(2005), graphique: Chambre des salariés

Pour les dépenses de santé comme pour la protection sociale en général, en pourcentage du PIB, le Luxembourg dépense moins que ses voisins et beaucoup d'autres pays européens. Une privatisation des dépenses sociales dégrèverait évidemment le budget de l'Etat, mais ne diminuerait pas les dépenses totales en relation avec le PIB. On pourrait même s'attendre à une augmentation de cette part en raison des marges bénéficiaires des assureurs commerciaux. Le cas des Etats-Unis illustre parfaitement ce risque.

Des préoccupations de maîtrise des coûts existent d'ailleurs parfaitement dans un système public de santé.

C'est ainsi que l'assurance maladie applique le principe de la médication économique: n'est remboursé par l'assurance maladie que ce qui correspond à l'utile et au nécessaire.

En outre, la budgétisation implique que les différents acteurs se soumettent à une certaine pression pour établir un budget en équilibre.

Par ailleurs, il faut aussi utiliser le potentiel de rationalisation dans les cas où les progrès de la médecine ont conduit à une simplification des traitements. Ainsi, l'on peut critiquer le fait que des tarifs médicaux ne soient jamais mis en question, mais toujours reconduits, alors qu'une standardisation et simplification des traitements imposerait une diminution de certains tarifs.

Ajoutons la recherche d'une solution visant à créer une véritable centrale d'approvisionnement des hôpitaux pour les médicaments et produits médicaux, d'ailleurs concrétisée par l'article 2, point 17° du présent projet de loi qui vise à modifier l'article 33 de la loi hospitalière du 28 août 1998.

La CSL se prononce contre une privatisation du secteur de la santé. Elle se prononce en faveur d'une amélioration des services de santé et du développement de nouveaux pôles de compétitivité (nouvelles technologies médicales) à l'intérieur de notre système de solidarité au lieu de mettre celui-ci en cause.

Hélas, sur le plan européen, la santé est trop souvent conçue comme un marché lucratif pour les assureurs privés.

Afin de contourner les dispositions communautaires qui réservent la politique sociale à la compétence exclusive des Etats membres, la politique de réglementation, ou de déréglementation, ne se fait pas dans le domaine de la santé, mais dans le domaine de la libre circulation (marché intérieur).

La santé ne doit pas devenir une marchandise faisant l'objet de considérations de recherche de rentabilité à court terme. La CSL estime qu'il y a un danger évident pour les principes à la base de services de santé de qualité si les décideurs au sein d'une structure de soins ont pour objectif premier de maximiser les distributions de dividendes et s'ils disposent des moyens pratiques pour imposer cette orientation.

Dans certains secteurs où c'est déjà le cas, comme les secteurs hospitaliers privés de certains pays, qui font l'objet d'investissements croissants de fonds de pensions, on a pu constater que les praticiens subissent des pressions afin de respecter les objectifs qui leur étaient assignés par les propriétaires financiers.

11.2. *Le financement de la santé*

11.2.1. *Situation actuelle*

L'assurance maladie luxembourgeoise financée par les pouvoirs publics, les employeurs et les assurés fonctionne, sur base de la solidarité et d'après le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve qui ne peut être inférieure à 10%, ni supérieure à 20% du montant annuel des dépenses.

En dehors des revenus de placement et d'autres ressources diverses, les ressources nécessaires sont constituées par des cotisations, sauf pour le financement des prestations de maternité et des indemnités pécuniaires dues en cas de congé pour raisons familiales, qui est assuré par l'Etat.

Le budget global de l'assurance maladie-maternité est établi par la Caisse nationale de santé. Il est accompagné d'une programmation pluriannuelle indiquant de façon prospective l'évolution financière de l'assurance maladie.

Les taux de cotisation sont fixés séparément pour le financement des soins de santé et de l'indemnité pécuniaire de maladie.

L'Etat supporte 37% des cotisations dues au titre des soins de santé et 29,5% des cotisations dues au titre des indemnités pécuniaires. Cette dernière participation remplace celle de 10% existant avant l'introduction du statut unique et qui était due sur un montant beaucoup plus élevé, étant donné que l'indemnisation de la maladie des ouvriers était, à quelques exceptions près, intégralement à la charge de l'assurance maladie. Avec la création d'une Mutualité des employeurs l'Etat a mis à la disposition de cette nouvelle institution une avance de fonds. Celle-ci sera compensée progressivement par l'Etat dans le cadre de la prise en charge des cotisations (surprimes), versées à l'heure actuelle par les salariés exerçant une activité à dominante manuelle.

A cela il faut ajouter que si les prestations de santé dans le secteur hospitalier sont bien prises en charge par la CNS, les investissements en bâtiments et équipements lourds sont financés par l'Etat à travers le budget et le fonds d'investissements hospitaliers. En vue d'assurer au pays une infrastructure sanitaire conforme aux besoins réels, l'Etat participe à raison de 80% aux frais des investissements mobiliers et immobiliers des établissements hospitaliers autorisés par le ministre de la Santé, la commission permanente pour le secteur hospitalier demandée en son avis.

En cas d'octroi d'une aide de l'Etat, un règlement grand-ducal peut déterminer les conditions d'accès et d'utilisation de ces appareils et équipements médicaux par des usagers extérieurs à l'établissement propriétaire, le collège médical et la commission permanente pour le secteur hospitalier demandés en leurs avis.

11.2.2. *Mesures de financement prévues dans le projet de loi*

Les mesures financières comprises dans le projet de réforme se résument comme suit:

11.2.2.1. *Au niveau des recettes*

Intégration des prestations de maternité (article 1er, point 15° abrogeant l'article 26 CSS)

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

L'intégration des prestations en espèces de maternité et du congé pour raisons familiales consistera en un regroupement de tous les types de remplacement de salaire qui se rapportent à la maternité ou à la famille et qui sont actuellement gérés dans le cadre de l'assurance maladie-maternité:

- les indemnités pécuniaires de maternité proprement dites;
- le congé d'adoption ou congé d'accueil;
- les dispenses de travail pour femmes enceintes ou pour femmes allaitantes;
- le congé pour raisons familiales;
- le congé d'accompagnement en fin de vie.

La Chambre des salariés ne partage pas les vues du Gouvernement qui veut imposer aux partenaires sociaux le coût des prestations de maternité en laissant entendre que ceux-ci seraient responsables de la progression proportionnellement excessive des coûts relatifs à la dispense de travail des femmes enceintes avant le congé de maternité.

Notre Chambre est d'avis que ces dispenses de travail sont la conséquence des décisions des employeurs sur avis conforme du médecin du travail, conformément à l'article L. 334-3 du Code du travail. S'il y avait des abus en matière de dispense du travail de femmes enceintes par les employeurs de connivence avec leurs services de santé au travail, le législateur devrait intervenir à ce niveau-là en créant un seul service de médecine du travail national au lieu d'imputer les coûts à tous les cotisants de manière uniforme.

Elle rappelle que de telles considérations sont partagées par le Médiateur, qui écrit dans son rapport d'activité du 1er octobre 2009 au 30 septembre 2010, adressé à la Chambre des Députés:

„... il est permis de douter de l'objectivité du médecin du travail. La médecine du travail est actuellement organisée de manière très hétérogène en plusieurs services. Certaines entreprises ont leur propre médecin du travail qui est même salarié de l'entreprise concernée. Dans ces conditions, il est pour le moins légitime de douter de son indépendance à l'égard de l'employeur. ... Tout en laissant ouverte la question de la plus-value que pourrait apporter le regroupement du CMSS et des Services de santé au travail dans une même structure, il serait pour le moins indiqué de mettre en place une administration unique regroupant tous les Services de santé au travail.“

Notre Chambre partage ces réflexions, étant donné que l'instauration d'un seul service public de santé au travail était une revendication des organisations syndicales lors des travaux préparatoires à la loi relative aux services de santé au travail.

Taux de cotisation unique (article 1er, points 17° et 18° modifiant les articles 29 et 30 CSS)

Pour maintenir la participation effective de l'Etat dans le financement de l'assurance maladie-maternité au même niveau qu'en 2009 et afin que la couverture de ces frais ne représente pas un risque démesuré pour la Caisse nationale de santé au cours des prochaines années, **la participation de l'Etat est fixée à 40% au niveau de l'ensemble des cotisations** (contre actuellement 37% dues au titre des de santé et 29,5% dues au titre des indemnités pécuniaires) et une **dotation spécifique de l'Etat de 20 millions** est accordée pour compenser l'évolution des dépenses liées aux prestations en espèces de maternité, jusqu'à ce que, le cas échéant, ces dispositions soient révisées.

L'intégration des prestations de maternité va de pair avec un **réajustement des différents taux de cotisations**. Actuellement, le Code de la sécurité sociale prévoit des taux de cotisations distincts pour les soins de santé et pour les indemnités pécuniaires de maladie, fixés à ce jour à 5,4% et 0,5%. Le projet de loi propose de créer un **taux de cotisation unique pour tous les assurés, majoré de 0,5% pour les assurés couverts par les indemnités pécuniaires actuelles**.

Le projet de loi prévoit donc de ne plus faire de distinction au niveau du taux de cotisation entre les différentes prestations et gestions. Il prévoit l'introduction d'un taux de cotisation pour les prestations en espèces (PE) et les prestations en nature (PN) de l'assurance maladie-maternité. Il s'agit d'un taux variable global pour les assurés et les employeurs à fixer suivant les dispositions classiques des articles 29 et 30 du Code de la sécurité sociale. Dorénavant, toutes les charges de l'assurance maladie-maternité y compris la dotation à la réserve et le remboursement à la Mutualité sont financées par cet unique taux de cotisation. Il correspond globalement au niveau de celui pour soins de santé actuel (fixé à 5,4%).

Etant donné que le taux de cotisation en matière de prestations en espèces est fixé par la loi à 0,5%, le taux de cotisation en matière de prestations en nature se dégage de la différence entre les dépenses totales de l'assurance maladie et les recettes provenant de l'application du taux de 0,5%. Ce différentiel correspond aux cotisations en matière de prestations en nature. En rapportant ce montant à l'assiette de cotisation pour prestations en nature, l'on obtient le taux de cotisation pour l'exercice en question.

L'assiette de cotisation comprendra:

- le revenu professionnel ainsi que les gratifications, participations et autres avantages même non exprimés en espèces dont l'assuré jouit en raison de son occupation soumise à l'assurance, à l'exclusion toutefois des majorations sur les heures supplémentaires; la valeur des rémunérations en nature est portée en compte suivant la valeur fixée par règlement grand-ducal;
- l'ensemble des pensions et rentes de l'assuré;
- tout revenu de remplacement sur lequel une retenue de cotisation au titre de la législation luxembourgeoise sur l'assurance maladie-maternité est prévue.

Le projet de loi prévoit une majoration de 0,5 pour cent du taux de cotisation pour les assurés qui ont droit à une prestation en espèces. Cette majoration est introduite afin de ne pas défavoriser ceux qui n'ont pas droit à une indemnité pécuniaire comme par exemple les pensionnés et les fonctionnaires. Ce pourcentage, qui correspond au niveau du taux de cotisation pour indemnités pécuniaires actuel, est inscrit directement dans la loi.

L'assiette de cette cotisation est le revenu professionnel de ces assurés, dans les limites des minimum et maximum cotisables. D'après l'article 34 CSS, le revenu professionnel des assurés salariés „correspond à la rémunération de base ainsi qu'aux compléments et accessoires, à condition qu'ils soient payables mensuellement en espèces, à l'exception de la rémunération des heures supplémentaires“. **La CSL rappelle la revendication exprimée dans l'avis commun de la Chambre de travail et de la Chambre des employés privés relatif à l'introduction du statut unique, visant un traitement unique de la continuation du paiement du salaire par l'employeur pendant les 77 premiers jours d'incapacité de travail (Lohnfortzahlung) et l'indemnité pécuniaire de maladie dont l'article 10 CSS devrait prévoir la définition suivante:**

„Pour les salariés, l'indemnité pécuniaire de maladie est calculée sur la base de l'assiette cotisable définie aux articles 34 et 39 relative aux affiliations en cours au moment de la survenance de l'incapacité de travail.

Le montant de l'indemnité pécuniaire de maladie est calculé par référence à la rémunération brute que le salarié aurait gagnée en cas de continuation du travail pendant le congé de maladie en tenant compte de toute augmentation de salaire ou élément de salaire prévue par contrat de travail ou par convention collective telle que définie à l'alinéa 1 de l'article 34.

Si le montant de l'indemnité pécuniaire de maladie conformément à l'alinéa 2 ne peut être déterminé, il est déterminé par rapport à la rémunération brute la plus élevée au cours de l'un des trois mois de calendrier précédant le début de la période de maladie élevée, conformément à l'alinéa 1 de l'article 34.

La rémunération de référence est établie sur la moyenne des rémunérations touchées pendant les trois mois de calendrier précédant la survenance de l'incapacité de travail

- en cas de travail au rendement ou à la tâche,
- à défaut d'horaire hebdomadaire à rythme normal,
- en cas de rémunération instable.

Pour les assurés dont la rémunération est fixée en pourcentage ou subit des variations saisonnières importantes, la rémunération de référence correspond aux douze mois de calendrier précédant celui de la survenance de l'incapacité de travail.

Si le salarié exerce son occupation au service de l'employeur depuis moins de trois ou de douze mois, la période de référence est réduite jusqu'à concurrence de la période de l'occupation effective.

A défaut d'un seul mois entièrement couvert, la rémunération de référence telle que définie à l'article 34, alinéa 1 est déterminée suivant sa valeur convenue dans le contrat de travail.

Pour la détermination de l'indemnité pécuniaire due au titre de l'article 9, alinéa 2 pour la fraction d'un mois, les montants calculés suivant les dispositions de l'alinéa qui précède sont mul-

tipliés par le nombre d'heures pendant lesquelles l'assuré remplit les conditions d'octroi de l'indemnité pécuniaire et divisés par le nombre total d'heures que l'assuré est appelé à travailler au cours du mois concerné. Les statuts précisent le calcul pour les autres périodes d'incapacité de travail inférieures à un mois de calendrier.

Par dérogation aux alinéas qui précèdent, l'indemnité pécuniaire pour les assurés visés à l'article 426 est calculée sur base du nombre d'heures pendant lesquelles l'assuré remplit les conditions d'octroi de l'indemnité pécuniaire ainsi que du salaire horaire mis en compte pour le calcul des cotisations pour le mois de calendrier précédent.

Les éléments de la rémunération entrant dans le calcul de l'indemnité pécuniaire sont réduits au nombre indice cent du coût de la vie et adaptés à l'évolution de cet indice suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'Etat.

Les fractions de cents sont arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq millièmes d'euro. Les fractions de cents sont arrondies vers le bas si elles sont strictement inférieures à cinq millièmes d'euro.

Le paiement du montant total de l'indemnité pécuniaire de maladie s'effectue postnumerando.

L'indemnité pécuniaire mensuelle ne saurait être inférieure au salaire social minimum, sauf cause légitime de dispense ou de réduction. En cas de travail à temps partiel, ce seuil est établi sur base du salaire social minimum horaire. Pour les apprentis, l'indemnité d'apprentissage constitue la base de calcul. L'indemnité pécuniaire mensuelle ne saurait dépasser le quintuple du salaire social minimum.

La CSL rappelle que, d'après l'alinéa 1, premier tiret de l'article 32 CSS, la charge des cotisations à supporter par les assurés incombe par parts égales aux assurés et aux employeurs en ce qui concerne les salariés, apprentis et gens de mer.

La Chambre des salariés s'oppose à toutes tentatives visant à imputer le taux de cotisation unique sur l'assiette du salaire super brut (102,95% du salaire brut actuel, ou 103,15% après la hausse du taux de cotisation). Cette mesure, même si elle est neutre d'un point de vue coût total du travail à l'immédiat, aura indéniablement des effets négatifs sur le revenu net des salariés lors d'une éventuelle augmentation future du taux de cotisation.

En outre, il s'agirait d'une régression en matière de la protection sociale, vu que la charge à parts égales du taux de cotisation imputée aux employeurs et aux assurés a été introduite en 1974.

La Chambre des salariés rend en outre attentif aux difficultés qui se présentent par l'introduction de ce taux unique. En effet, les gestions PE et PN vont être fusionnées. Or, les PE maternité, avec 110 millions d'euros constituent maintenant la plus grande partie des prestations maternité. En cas d'une fusion des gestions, ce seront les assurés qui, à l'heure actuelle, n'ont pas à payer les cotisations pour les prestations en espèces (retraités, fonctionnaires), qui devront contribuer au financement des PE maternité des salariés.

Réduction de la participation de l'Etat (article 1er, point 19° modifiant l'article 31 CSS)

D'autre part, ces dispositions ont également pour conséquence un désengagement croissant de l'Etat du financement de l'assurance maladie. En effet, d'après les calculs de notre Chambre, le taux de contribution de l'Etat au financement de l'assurance maladie-maternité s'élève en 2010 à 41,3%.

Dans le commentaire des articles (p. 92 du projet de loi), le Gouvernement affirme clairement qu'il s'agit pour lui de garder constante sa participation effective par la fixation à 40% de son taux de contribution.

Bien que l'article 12 du projet de loi prévoit l'introduction d'une dotation forfaitaire de l'Etat de 20 millions d'euros au profit de l'assurance maladie-maternité destinée à compenser dans une phase initiale les effets de l'intégration des prestations en espèces de maternité dans le régime général, la participation de l'Etat tombe de 41,3% à 39,9%, si l'on tient compte de cette dotation, qui est limitée dans le temps puisqu'elle sera réévaluée au plus tard fin 2013.

	2010		2010 réforme		Différence
cotisations nature	1.091,9	63%	1.132,3	60%	40,4
Etat nature	641,3	37%	754,9	40%	113,6
cotisations espèces	61,4		61,4		0
Etat espèces	25,7	29,50%	34,8	40%	9,1
Etat maternité	162,8		20		-142,8
Autres recettes	28,2		28,2		0
Total recettes	2.011,3		2.031,6		20,3

Chiffres: CNS sous l'hypothèse d'une augmentation du taux de cotisation à 5,6%, calculs: CSL

Taux de contribution de l'Etat en 2010:

$$(641,3+25,7+162,8) / 2.011,3 = 0,413 \text{ ou } 41,3\%$$

Taux de contribution de l'Etat en 2010 avec l'intégration des prestations de maternité et la hausse du taux de cotisation à 5,60%:

$$(754,9+34,8+20) / 2.031,6 = 0,399 \text{ ou } 39,9\%.$$

La CSL constate par conséquent une diminution de la participation de l'Etat dès l'entrée en vigueur des dispositions prévues par le projet de loi sous avis. Mais au-delà, il est à craindre fortement que la participation de l'Etat ne soit davantage réduite à l'avenir, comme c'est d'ailleurs actuellement le cas en matière d'assurance dépendance, où le pourcentage de la participation financière de l'Etat a d'abord été réduit et le montant a ensuite été gelé à 140 millions d'euros.

Augmentation du taux de cotisation (article 7 et amendement 27°)

Le projet de loi initial prévoyait un **relèvement du taux de cotisation de l'ordre de 0,4% par rapport au taux actuel de 5,4%**. D'après l'exposé des motifs, cette mesure devrait rapporter 50 millions d'euros. **Force est cependant de constater que sur l'exercice 2010, combinées à l'intégration des prestations de maternité, les recettes augmenteraient déjà de presque 88 millions d'euros.**

Pour l'exercice 2011, l'impact d'une augmentation du taux de cotisation se chiffrerait à **132,6 millions d'euros.**

La CSL note que le comité directeur de la CNS, a, dans sa réunion du 10 novembre 2010, arrêté un relèvement du taux de cotisation de **0,2% à charge partagée entre les assurés, les employeurs et l'Etat**, ce qui devrait engendrer des recettes de l'ordre de 67 millions d'euros.

Par conséquent, l'amendement numéro 27° vise à supprimer l'article 7 du projet de loi initial.

La Chambre des salariés note que l'avant-projet de loi prévoyait encore d'autres possibilités d'augmentation des recettes, à savoir:

- la suppression du plafond cotisable pour les prestations de soins de santé qui est actuellement fixé à cinq fois le salaire social minimum,
- le relèvement du plafond cotisable à p. ex. sept fois le salaire social minimum,
- une solution mixte d'un relèvement du plafond cotisable combiné à une hausse du taux de cotisation.

Notre Chambre demande de ne pas négliger la possibilité d'une suppression du plafond cotisable, comme c'est le cas dans l'assurance dépendance, qui rapporterait des recettes supplémentaires de 180 millions d'euros. Une telle mesure permettrait d'ailleurs de réduire le taux de cotisation.

D'après la CSL, qui constate que l'augmentation des recettes est beaucoup plus forte que ce qui a été annoncé initialement par le Gouvernement, on aurait pu renoncer à l'augmentation des participations des assurés, puisque, si aucun effort n'était demandé aux prestataires de soins, hormis la renonciation à des tarifs surfaits, il serait à craindre que les assurés ne doivent fournir la contribution majeure en matière d'assainissement financier de l'assurance maladie.

11.2.2.2. Au niveau des dépenses

Participation des assurés (article 5, alinéa 2 et amendement 26°)

L'alinéa 2 de l'article 5 du projet de loi initial prévoyait qu'un règlement grand-ducal détermine les adaptations à apporter à la prise en charge des prestations et à la participation des patients, de sorte à réaliser une économie de 25 millions d'euros. **Notre Chambre note que l'exposé des motifs indique que la Caisse nationale de santé devra effectuer une analyse critique des dispositions statutaires régissant les prestations de l'assurance maladie-maternité et les participations des assurés. A défaut d'accord au niveau de la Caisse nationale de santé, le projet de loi prévoyait la possibilité d'arrêter des mesures correspondantes par voie de règlement grand-ducal. Toutefois, l'alinéa 2 de l'article 5 cité ci-dessus disposait clairement qu'un règlement grand-ducal procédera aux adaptations en question.**

Le 10 novembre 2010, le comité directeur de la Caisse nationale de santé a adopté le budget de l'exercice 2011 en décidant des mesures d'économies statutaires à hauteur de 20 millions d'euros, tout en précisant que cette décision était liée au maintien dans le projet de loi d'une économie correspondante à réaliser à charge des prestataires de soins.

Par conséquent, l'amendement numéro 26° vise à supprimer l'article 5, alinéa 2 du projet de loi initial.

Au niveau des participations statutaires, les mesures suivantes ont été retenues par la CNS:

Soins médicaux:

Pour les actes et services, il est prévu de porter la participation généralement de 10% à 12%. Pour les visites, la participation reste à 20% sur le tarif de la visite V1.

Soins médico-dentaires:

Au-delà d'un montant annuel de 60 € (actuellement 49,75 €) intégralement à charge de l'assurance maladie, les actes et services autres que prothèses sont pris en charge à raison de 88% (au lieu de 95%) des tarifs conventionnels.

Soins de kinésithérapie:

Pour les actes inscrits au chapitre 1, 2, 4, 7 et 9 (sauf milieu stationnaire), la participation est portée de 20% à 30%.

Soins infirmiers:

La participation est portée de 0% à 12%, sauf pour les personnes dépendantes ou assimilées.

Soins d'orthophonie:

La participation est portée de 0% à 12%, sauf pour les actes avec une participation à 20%.

Soins de psychomotricité:

La participation est portée de 0% à 12%, sauf pour les actes avec une participation à 20%.

Soins hospitaliers:

La participation à l'entretien en milieu hospitalier stationnaire est portée de 1,80 € à 2,70 € (n.i. 100) (de 12,96 à 19,44 €). La participation à l'entretien en milieu semi-stationnaire est portée de 0,90 à 1,35 € (n.i. 100) (de 6,48 à 9,72 €).

Une participation forfaitaire de 2,50 € est prévue en cas de passage en policlinique, sauf en cas de traitement stationnaire ou semi-stationnaire.

Cures thermales:

La participation sur les actes et services prestés au Centre thermal à Mondorf-les-Bains est portée de 10% à 20%.

Fournitures orthopédiques:

Une augmentation de la participation de 20% à 40% sur les positions P 5010130 à P 5010133 est prévue (Bas de contention).

Aides visuelles:

Les montures sont prises en charge jusqu'à un montant de 30,00 €, au lieu de 40,00 €.

Indemnité funéraire:

L'indemnité funéraire est diminuée de 175 € à 130 € au nombre indice 100 (de 1.259,72 € à 935,80 €).

L'article 1, point 5° du projet de loi prévoit déjà des modifications de l'article 17 CSS sur la prise en charge des soins de santé. Ainsi ne seront plus pris en charge les **frais de voyage**. En outre, en matière d'hospitalisation, alors que, à l'heure actuelle, sont pris en charge les **frais d'entretien en cas d'hospitalisation** sauf pour le cas de simple hébergement, à l'avenir, la prise en charge peut être plus limitative. En effet, il s'agit des „frais de séjour à l'hôpital en cas d'accouchement et en cas d'hospitalisation d'une personne pour laquelle les soins en vue de sa guérison, de l'amélioration de son état de santé ou de l'atténuation de ses souffrances ne peuvent être dispensés en dehors du milieu hospitalier, ces critères pouvant être précisés par règlement grand-ducal“.

L'augmentation de la participation statutaire est une mesure qui s'inscrit dans un mouvement à long terme de déremboursement progressif des soins. Depuis un certain nombre d'années, on assiste à un affaiblissement de la couverture garantie de la Sécurité sociale en ce qui concerne les visites chez le médecin, les médicaments ou généralement des produits pharmaceutiques prescrits, les analyses et les séjours à l'hôpital. Pour compenser, les pouvoirs publics misent sur un rôle accru des mutuelles et des assurances privées.

Ce transfert réduit automatiquement la charge des dépenses de la Sécurité sociale, mais le besoin de financement ne disparaît pas pour autant puisque c'est l'augmentation générale de l'âge de la population et du nombre d'affections longue durée qui creuse le trou de la Sécurité sociale. Soigner ces pathologies coûte de plus en plus cher, et les technologies utilisées sont de plus en plus sophistiquées.

La Chambre des salariés ne peut en aucun cas s'associer à une stratégie de „responsabilisation des malades“. Certaines personnalités du monde patronal et politique estiment en effet que si l'on fait payer de plus en plus les assurés pour les soins leur dispensés, ceux-ci deviendraient plus conscients du coût véritable de la santé.

On ne peut cependant pas accuser les malades d'être malades. Ce sont les médecins qui font les prescriptions, et non les patients. Ces derniers ont un seul souci: guérir. Ils ne peuvent pas juger de la pertinence de tel ou tel traitement. Cette responsabilité incombe aux prestataires de soins.

Une augmentation des charges financières des patients risque avant tout de créer des inégalités dans l'accès aux soins. Plus la prise en charge des soins par la Sécurité sociale diminue, plus les mutuelles et assurances coûtent cher. Or, tout le monde ne peut pas se payer une bonne mutuelle pour couvrir les déremboursements. Cela pose avant tout un problème pour la prise en charge des soins dentaires et ophtalmologiques.

De fait, certaines personnes risquent de réfléchir à deux fois avant de consulter un médecin.

Le CEPS/INSTEAD¹² a analysé dans quelle mesure des personnes ont renoncé aux soins médicaux, alors qu'elles en auraient eu besoin. Dans un deuxième temps, le CEPS a étudié les raisons de ce „non-recours“ aux soins, en calculant la proportion des personnes ayant renoncé aux soins pour une raison donnée. Ainsi, il est possible de déterminer si le non-recours aux soins est dû soit à la situation socio-économique des personnes, soit à des problèmes liés à l'offre de santé (par exemple, liste d'attente, densité médicale, grande distance à parcourir, etc.).

En ce qui concerne le non-recours à un médecin en général, il ressort de l'enquête qu'environ 5% des personnes n'avaient pas la possibilité de consulter un médecin (ou de suivre un traitement) alors que leur état de santé le nécessitait. Parmi ces personnes, la majorité (58%) préférerait attendre et voir si la situation s'améliorait d'elle-même, 7% avaient peur des médecins, 4% avaient renoncé pour des raisons financières, 3% pour cause de listes d'attente trop longues et les autres pour diverses autres raisons.

¹² „Vivre au Luxembourg“, No 34, avril 2007

Il n'y a pas de différence fondamentale entre hommes et femmes et pas de différenciation nette entre statut socio-économique et revenu. En effet, les personnes à la recherche d'un emploi (8%) et les actifs (6%) renoncent plus fréquemment que les étudiants (2%). Pour ce qui est des tranches de revenu, les revenus moyens (par équivalent) des personnes ayant dû renoncer à consulter un médecin (environ 2.500 euros/mois) ne diffèrent guère de ceux des personnes n'y ayant pas renoncé (2.700 euros/mois).

La situation se présente cependant de manière très différente si l'on analyse le recours à des soins dentaires. A la différence du renoncement à des soins de santé généraux, le non-recours à des soins bucco-dentaires varie sensiblement selon le statut socioprofessionnel: il concerne pas moins de 11% des personnes à la recherche d'un emploi contre 4% des actifs, 2% des inactifs et 2% des étudiants.

Par ailleurs, les revenus moyens (équivalents) des personnes ayant dû renoncer à consulter un dentiste sont sensiblement inférieurs à ceux des personnes qui n'ont pas dû y renoncer (2.300 euros/mois versus 2.700 euros/mois).

Globalement, les raisons principales de non-recours aux soins dentaires diffèrent selon le niveau des revenus. En effet, parmi les personnes qui ont dû renoncer à ces soins et qui vivent sous le „seuil de pauvreté monétaire“, 37% l'ont fait pour des raisons financières, 13% par peur du dentiste et 15% en espérant que la situation s'améliore toute seule (voir tableau ci-dessous). Parmi les personnes concernées situées au-dessus du seuil de pauvreté monétaire, ces chiffres sont respectivement de 5, 23 et 13%. Toutes raisons confondues, parmi les personnes situées sous le seuil de pauvreté, 7% ont dû renoncer aux soins dentaires, contre 3% parmi les personnes situées au-dessus de ce seuil.

Répartition des raisons de non-recours aux soins dentaires

	<i>Personnes situées sous le seuil de pauvreté monétaire</i>	<i>Personnes situées au-dessus du seuil de pauvreté monétaire</i>
Raisons financières	37,2%	5,4%
Attendre et voir si la situation s'améliore d'elle-même	14,9%	12,5%
Peur du dentiste	12,7%	22,8%
Autres raisons	35,3%	59,2%

Alors que l'offre de soins de santé généraux paraît être relativement bien accessible à toutes les couches de la population (à l'exception des personnes en situation de grande pauvreté), tel n'est pas le cas des soins dentaires où l'on constate une très nette divergence d'accès en fonction des ressources financières des assurés. Le renoncement à des soins dentaires semble donc bien refléter un lien entre pauvreté et santé.

Gel ou réduction des tarifs des prestataires de soins (articles 4 et 5 alinéa 1, amendements 25° et 26°)

25 millions d'euros d'économies devraient être réalisées par voie d'économies directes sur les tarifs des prestataires de soins. L'amendement 26° vise à réduire ce montant à 20 millions.

Les médecins

L'article 4 du projet de loi maintient les valeurs des lettres-clés des prestataires suivants par rapport à leur valeur applicable au 31 décembre 2010 pendant les années 2011 et 2012:

- les médecins;
- les médecins-dentistes;
- les professions de la santé;
- les établissements de cures thérapeutiques et les centres de convalescence;
- les services prestés dans le domaine de la psychiatrie extrahospitalière;
- les fournisseurs de prothèses orthopédiques, d'orthèses et d'épithèses;
- concernant les soins palliatifs, pour les réseaux d'aides et de soins, les établissements d'aides et de soins, ainsi que les centres d'accueil pour les personnes en fin de vie. (économie: **3 millions d'euros**)

En outre, l'adaptation ciblée de certains actes médicaux est censée apporter une économie de l'ordre de **6 à 6,5 millions d'euros** par rapport à la situation actuelle. Cette disposition devrait être appliquée après des négociations avec les prestataires de soins afin de trouver des pistes d'épargne dans leurs schémas de rémunération (révision des coefficients de la nomenclature).

L'évocation explicite de la **majoration des tarifs pour hospitalisation en première classe** est supprimée à l'article 66 CSS. Cette disposition ne concerne pas seulement les frais d'hébergement des établissements hospitaliers, mais surtout les tarifs médicaux majorés. Vu que cette disposition a été prise en charge dans une large mesure par la Caisse médico-chirurgicale mutualiste (CMCM), elle n'a pas impacté le budget de l'assurance maladie-maternité. Néanmoins, le maintien dans la loi de cette disposition n'est plus indiqué, vu qu'elle représente, d'après les auteurs du texte gouvernemental, un incitatif à une hospitalisation exagérée.

La CSL note toutefois que la majoration des tarifs en première classe est toujours possible. Contrairement à ce qui a été annoncé dans le programme gouvernemental („Dans les hôpitaux, le nombre des chambres à un lit sera augmenté. Pour ces chambres, le tarif majoré de 66% pour les actes médicaux sera supprimé progressivement.“), le projet de loi sous avis n'a pas l'intention de l'abolir.

En outre, il ne faut pas oublier que les prestataires ont également une influence sur le nombre des actes. Si le coût global équivaut à la multiplication du prix unitaire et du nombre des actes, les nomenclatures tiennent uniquement compte du prix, sans pouvoir limiter la quantité.

Les laboratoires

Contrairement à ce qui était prévu dans le projet de loi initial (réduction de la valeur de la lettre-clé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique de 14,25%, correspondant à une économie de 3 millions d'après le Gouvernement et de 5,7 millions d'après les laboratoires), les amendements maintiennent la valeur de la lettre-clé à 0,3557 attribuent la réduction de la valeur de la lettre-clé à la CNS et aux laboratoires en vue de dégager une économie de 2 à 2,5 millions d'euros.

Le projet de loi prévoit également une débudgétisation des analyses de laboratoire effectuées par les établissements hospitaliers en milieu extrahospitalier. Cette mesure vise à normaliser la situation concurrentielle entre laboratoires privés et hospitaliers et d'éviter toute situation de concurrence déloyale.

La CSL constate que, hormis la mission lui attribuée par l'amendement 9° en matière d'utilisation des données des dossiers de soins partagés, le projet de loi ne contient aucune disposition sur le rôle du Laboratoire national de santé dans le système de santé luxembourgeois. Elle renvoie au chapitre III du présent avis pour ce qui est de ses observations relatives aux laboratoires hospitaliers.

Les pharmaciens

L'exposé des motifs et le commentaire relatif à l'article 5 prévoient qu'une adaptation de **l'abattement des pharmaciens** se fera par règlement grand-ducal suivant les dispositions de l'article 67, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale et celle-ci devrait apporter **0,5 million d'euros**.

Force est cependant de constater que cette adaptation de l'abattement ne figure pas dans le texte du projet de loi. Le commentaire relatif à l'amendement 29° précise que l'apport des pharmaciens est considéré dans le cadre de la révision déjà effectuée du mécanisme de rémunération lié à la fourniture de médicaments.

Les établissements hospitaliers

La réforme structurelle du financement du secteur hospitalier prévoit à l'article 74 du Code de la sécurité sociale l'introduction d'une enveloppe budgétaire globale pour le secteur hospitalier, afin de cadrer le mécanisme actuel de budgétisation des établissements hospitaliers sur base de leurs activités spécifiques.

L'article 6 du projet de loi arrête une **fixation initiale** de cette enveloppe. Le projet de loi vise à introduire une enveloppe budgétaire hospitalière globale afin de ramener le taux de croissance de ce secteur d'environ **6% à 3%** et devra dégager au moins **10 millions** d'euros par rapport à l'évolution à législation constante. Ainsi, le maintien au niveau 2009 de certaines catégories de frais et le **gel du**

nombre de médecins agréés sont prévus en milieu hospitalier afin de réaliser un ralentissement de l'évolution des dépenses.

Le projet de loi prévoit également une **révision volontariste de la nomenclature du corps médical**, afin de recadrer certains tarifs objectivement et substantiellement trop élevés, comme par exemple la location de matériel ou encore l'assistance opératoire.

Le principe même de l'enveloppe budgétaire est un élément structurel de maîtrise des coûts à moyen et long terme, alors que, à court terme, par dérogation au nouvel article 74 CSS, qui régit l'enveloppe budgétaire, le projet de loi prévoit une réduction de la croissance des dépenses de 6% à 3%.

La procédure d'établissement des budgets spécifiques des établissements hospitaliers prévue à l'article 77 CSS est adaptée en conséquence. Ces budgets peuvent exceptionnellement être fixés jusqu'au 1er juillet 2011.

Jusqu'à présent, le pilotage du secteur hospitalier se faisait quasi exclusivement à travers le **plan hospitalier** et la **Commission permanente pour le secteur hospitalier (CPH)**. Mais aucun pilotage financier global n'était possible, notamment dû à l'augmentation des besoins ou au progrès technologique, mais aussi à un élargissement permanent de l'offre: construction de nouveaux hôpitaux, création de services, nombre de médecin agréés dans les hôpitaux, pratiques de prescriptions, etc.

Le cadrage financier imposé au secteur hospitalier dans sa globalité a pour objectif la recherche d'efficacité et de synergies au sein des hôpitaux mais aussi entre les différents hôpitaux, qui ne peuvent plus se contenter d'une stratégie isolationniste mais doivent s'intégrer dans une approche nationale de l'organisation des services hospitaliers.

D'après le commentaire des articles, l'enveloppe budgétaire globale, plus stricte à appliquer que la budgétisation actuelle, devrait obliger les établissements hospitaliers à mieux planifier et organiser leurs activités et à intégrer activement le principe de l'utile et du nécessaire dans leur gestion, principe trop souvent oublié dans une logique expansionniste et de satisfaction de toutes les demandes.

Le mécanisme d'enveloppe budgétaire globale est complémentaire au pilotage et à la planification de l'offre et de la politique d'investissement dans le secteur hospitalier. Ainsi, lors de la création d'un nouveau service hospitalier, le financement de l'activité y relative peut être assuré soit par une augmentation de l'enveloppe hospitalière, soit par l'adaptation ou la réévaluation d'autres offres.

L'évolution de l'enveloppe budgétaire globale devra se faire sur base de critères objectifs tels que les facteurs démographiques, l'évolution des coûts, l'adaptation du plan hospitalier, les facteurs économiques ou encore le progrès médical, etc. La Caisse nationale de santé, et aussi la CPH et le Comité quadripartite en tant que plateformes d'échange essentielles restent associés à la démarche.

La CSL a de sérieux doutes en ce qui concerne la limitation des dépenses du secteur hospitalier alors que, hormis l'absence d'un plan hospitalier adapté qui devrait faire partie intégrante du présent projet de loi, les infrastructures hospitalières existantes ainsi que l'équipement et l'appareillage nouvellement acquis n'ont, pour la plupart, pas encore été amortis de sorte qu'il est illusoire de prévoir une réorganisation ou une synergie de l'offre des prestations à court et à moyen terme.

D'autre part, il faut être conscient que le secteur hospitalier est un secteur à forte composante de main-d'oeuvre. L'échéance d'une tranche indiciaire et les augmentations conventionnelles des salaires représentent déjà une augmentation des salaires de 3%.

Quelle est en outre la raison d'être du PRN¹³, d'après lequel les dotations en personnel sont établies, s'il en résulte la nécessité d'une augmentation de la dotation en personnel alors que d'un autre côté, l'augmentation des coûts est déjà limitée à 3%?

Vu que l'augmentation maximale de 3% s'applique à la totalité des établissements hospitaliers, que se passera-t-il si certains hôpitaux ont une progression plus forte? Les autres établissements devront-ils freiner leurs dépenses?

13 Le PRN (projet de recherche en nursing) est une méthode de calcul des besoins en personnel dans les hôpitaux découlant de travaux de l'Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé (E.R.O.S.) de l'Université de Montréal. Il mesure les soins directs requis par l'état du patient, tant en nature qu'en durée. À partir d'un plan de soins infirmiers, sont listées les différentes actions de soins requises. Des points d'indice sont attribués à chaque action en utilisant la grille du PRN. Leur total permet de classer la dépendance par rapport aux soins, et de donner un temps pour les soins directs en minutes.

Finalement, le centre d'accueil pour personnes en fin de vie étant intégré dans le plan hospitalier et de ce fait financé par la voie du budget hospitalier, la limitation prévue tient-elle compte de ces nouvelles dépenses?

Notre Chambre, qui rappelle que l'Etat participe à 80% au financement des hôpitaux, la CNS assumant les 20% restants, est d'avis que le rôle de la collectivité nationale ne comporte pas la participation au financement de structures de luxe. Or, l'on assiste de plus en plus à des constructions d'établissements hospitaliers dans lesquels les chambres à un lit dominant et où des volumes considérables ne jouent qu'un rôle décoratif (halls d'entrée géants p. ex.). De telles pratiques de construction risquent de limiter l'offre de lits hospitaliers et donc l'accès à la santé et d'aboutir finalement à une médecine de deux classes. Notre Chambre propose par conséquent que la participation de l'Etat soit liée à des taux maxima de chambres à un lit. En outre, la CNS devrait avoir plus de pouvoir en matière de planification hospitalière, voire offrir elle-même des prestations de soins afin d'avoir un impact modérateur sur l'évolution du coût en la matière. La médecine de l'environnement pourrait offrir un terrain sur lequel la CNS pourrait devenir active, étant donné que ce volet fait totalement défaut dans le projet de loi.

Quant aux actes médicaux, ils ne sont pas intégrés dans l'enveloppe budgétaire globale. Cette alternative a été sérieusement étudiée et représente certes des atouts intéressants, tels qu'un pilotage financier global de l'activité hospitalière et une transparence accrue. Néanmoins, elle semble être difficilement intégrable dans un système de médecine libérale qui reste la règle au Luxembourg.

Le fait de ne pas intégrer les actes médicaux dans l'enveloppe budgétaire globale en limite également la portée. Si les médecins continuent à être payés à l'acte, plus ils voient de patients, plus ils gagnent d'argent. En Suède et en Grande-Bretagne, les médecins sont rémunérés de manière forfaitaire. Ils sont soit salariés, soit payés en fonction de la taille de leur clientèle.

Un système de DRG (Diagnosis related groups), introduit sous diverses formes dans presque tous les systèmes de santé avancés, n'est actuellement pas à l'ordre du jour et comporte des risques d'application et des difficultés d'implémentation pour un petit pays. La présente réforme crée néanmoins les prérequis pour un tel éventuel prochain pas (voir également le point II.8. du présent avis).

En effet, l'introduction d'une **comptabilité analytique** standardisée à définir par la Caisse nationale de santé à l'instar des dispositions applicables dans le cadre de l'assurance dépendance permettra à la CNS d'effectuer une analyse fondée et transparente de la structure de coûts des différents services et établissements, notamment à des fins de comparaison au niveau national et international ou encore en vue d'une forfaitisation de la prise en charge de certaines prestations. A cette fin, elle doit également pouvoir accéder à une partie des données en relation avec l'activité médicale.

Si l'introduction de Diagnosis related groups (DRG) peut contribuer à une optimisation des soins au niveau de la qualité et du coût, comme le soulève le site internet allemand „med2day¹⁴“:

- „– Die Liegezeit der Patienten nimmt drastisch ab, da eine längere Behandlungsdauer keine zusätzlichen Einnahmen mehr bringt und somit für die Klinikbetreiber unrentabel ist.
- Die Behandlung rückt ab vom bisherigen Prinzip der Maximalversorgung. Der Trend geht hin zu einem überlegten Einsatz der individuell sinnvollen Diagnose- und Therapieparameter.
- In Zukunft wird immer mehr versucht werden, nur noch die Untersuchungen durchzuführen, die auf möglichst kostengünstige Art die gewünschten Informationen liefern. Inwieweit dann noch Spezialuntersuchungen, die in seltenen Fällen Erfolg versprechen, durchgeführt werden, muss weiter beobachtet werden.“,

un problème se pose pour les patients qui souffrent de plusieurs maladies qui ne rentrent pas dans la classification d'un groupe homogène de maladies ainsi que sur un certain nombre d'inconvénients que le projet de loi passe sous silence.

En effet, le site „med2day“ précise les inconvénients de la façon suivante:

„Neben zusätzlichem Dokumentationsaufwand für die Ärzte und damit noch weniger verbleibender Zeit für den Patienten werden auch Mehrkosten für das Gesundheitswesen bis hin zu Gefahren der medizinischen Versorgung befürchtet, weil nicht mehr die einzelne Maßnahme bezahlt wird,

¹⁴ Med2day bietet konzipierte Trainings speziell für Arztpraxen, Kliniken, Apotheken, Gesundheitszentren und für vergleichbare Einrichtungen im Gesundheitswesen an

sondern nur noch eine pauschale Vergütung geleistet wird. Dies könnte eine Wende von der derzeitigen Maximalversorgung zu einer Minimalversorgung bedeuten. In Zukunft hängt die Vergütung für das Krankenhaus nicht mehr von der Verweildauer des Patienten ab, sondern von einer möglichst effizienten DRG-Codierung in Haupt- und Nebendiagnosen. Beispielprogramme demonstrieren bereits, wie wichtig es ist, das System der Abrechnung genau zu beherrschen, um zu einem möglichst hohen Ergebnis zu kommen. Eine Folge der DRGs wird auf jeden Fall sein, dass Behandlungskonzepte neu überdacht werden müssen.“

Au vu des inconvénients qui sont cités dans le contexte de l'introduction des DRG et en l'absence d'une analyse approfondie et comparative des avantages et des désavantages d'un tel système codifié, la CSL ne saura donner son accord à un tel système de rémunération forfaitaire alors qu'il ne met plus le patient *in medias res* mais bien le coût financier de la prestation.

La périodicité de l'élaboration des **budgets des établissements hospitaliers est portée de un à deux ans**, ceci pour des raisons de simplification administrative pour la CNS. En outre, la CNS aura l'obligation d'arrêter le décompte définitif au plus tard 12 mois après la fin de l'exercice.

*

En matière d'efforts à réaliser par les prestataires, le projet de loi prévoit pour l'année 2011 une économie sur l'ensemble des frais de soins de santé par rapport à la projection à législation constante. La progression annuelle normale projetée, qui s'élève à législation constante à 5-6%, serait ramenée pour les années à venir à 3-4%.

Les projections gouvernementales sont basées sur l'hypothèse que cette épargne sera durable (donc qu'il n'y aura pas d'effet de récupération, notamment de la part des prestataires) et que les mesures structurelles prévues dans le projet de loi (telles que l'enveloppe budgétaire globale pour le secteur hospitalier ou les mécanismes de fixation de la rémunération et les pratiques de facturation des prestataires de soins) contribueront à freiner la croissance actuelle.

11.2.2.3. Au niveau du fonds de roulement (article 3 et amendement 24°)

L'assurance maladie luxembourgeoise fonctionne d'après le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve qui ne peut être inférieure à 10%, ni supérieure à 20% du montant annuel des dépenses.

La réserve en question fait fonction uniquement d'un fonds de roulement devant parer à des impasses de trésorerie de l'assurance maladie. L'évolution de la trésorerie sur l'année 2010 n'a d'ailleurs pas fait ressortir la menace d'une impasse substantielle en présence de la baisse du minimum légal de la réserve.

D'après le projet initial, la limite inférieure de la réserve de l'assurance maladie-maternité, refixée en 2010 à 5,5% dans le but de renoncer à une augmentation du taux de cotisation, devrait être reconstituée de façon progressive, en passant en 2011 à 7,5%, en 2012 à 9% pour atteindre de nouveau en 2013 les 10% prévus par le Code de la sécurité sociale.

L'amendement 24° dispose que la limite inférieure de la réserve est réduite pour l'exercice 2011 à 5,5%, pour l'exercice 2012 à 6,5%, pour l'exercice 2013 à 7,5% et pour l'exercice 2014 à 8,5%.

Les prévisions budgétaires avaient fait ressortir pour 2010 un taux de 5,5%, sensiblement au-dessous du niveau minimum légal, ce qui aurait dû entraîner, d'après les dispositions de l'article 30 du Code de la sécurité sociale, un relèvement du taux de cotisation. Afin de permettre la préparation d'une réforme plus approfondie de l'assurance maladie-maternité, la loi budgétaire pour l'exercice 2010 a fixé la limite inférieure de la réserve de l'assurance maladie-maternité pour cette année à 5,5%.

La CSL considère que sur base des expériences des dernières années, le montant minimum de 10% est suffisant pour servir aux fins voulues et qu'il n'y a pas lieu, à ce stade de le revoir à la hausse.

Bien au contraire, au lieu de porter graduellement le taux de la réserve à 7,5% en 2011, à 9% en 2012 et à 10% pour les années consécutives, modalité prévue dans le projet de loi initial, la CSL est d'avis que l'on pourrait maintenir le taux à 5,5% en 2011.

Elle salue le fait que l'amendement gouvernemental retient également cette modalité, décidée d'ailleurs par le comité-directeur de la CNS.

D'après les calculs de notre Chambre basés sur le projet initial, un fonds de roulement de 7,5% ne mettrait d'ailleurs pas en péril une situation financière équilibrée de l'assurance maladie sur la période 2010-2014, comme le montre le tableau qui suit.

Projet de réforme initial avec un fonds de roulement de 7,5%

	2010	2011	2012	2013	2014
Recettes totales	2.011,5	2.154	2.226	2.325	2.439
Dépenses totales	2.045,8	2.116	2.208	2.304	2.406
Solde courant	-34,3	38	18	21	33
Solde global cumulé (Réserve)	165	203	221	242	275
Fds roulement (FDR)	153,4	158,7	165,6	172,8	180,5
Dot/prélèvement FDR	-42,7	5,3	6,9	7,2	7,7
Solde apr. dot/prélt	8,4	32,7	11,1	13,8	25,4
Solde cumulé	11,6	44,3	55,4	69,2	94,6

D'autre part, la réforme initialement proposée par le Gouvernement serait également équilibrée si le fonds de roulement était maintenu à 7,5% des dépenses comme le montre le tableau qui précède.

La CSL demande en outre de réfléchir à la possibilité d'instaurer une véritable réserve, à l'instar des dispositions en matière de financement de l'assurance pension, l'objectif du fonds de roulement prévu en matière d'assurance maladie n'étant que de nature à parer à des difficultés de trésorerie. Une telle réserve permettrait de constituer des provisions en vue du remboursement de prestations à l'étranger qui gagneront encore en importance à l'avenir.

*

III. LE SECTEUR HOSPITALIER

1. L'organisation interne des hôpitaux et la qualité des soins

1.1. Observations concernant la politique hospitalière

(article 2, point 2° modifiant l'art. 2 de la loi hospitalière du 28.8.1998)

1.1.1. La dotation en lits

Il y a lieu de relever que si certains plans hospitaliers antérieurs ont procédé à une réduction du nombre des lits hospitaliers, l'actuel plan hospitalier ne vise ni une réduction, ni une augmentation du nombre. Cette stabilité dans le nombre de lits peut être justifiée par l'augmentation de la population résidente, d'une part, et la diminution de la durée d'hospitalisation en raison des progrès de la médecine, d'autre part.

Le secteur hospitalier compte actuellement 2.282 lits aigus. Le plan hospitalier de 2009 a maintenu le nombre de lits. La CSL constate que, en raison de l'augmentation de la population résidente, le taux de lits aigus par 1.000 habitants a diminué de 4,8 au 1er janvier 2007 à 4,5 au 1er janvier 2010.

Le plan hospitalier contient des dispositions habilitant le ministre de la Santé à autoriser la conversion de lits aigus en lits ambulatoires ou en lits de moyen séjour. Il prévoit aussi la création de lits supplémentaires par dépassement du nombre de lits planifiés, si, suite à l'évolution démographique, le nombre de lits aigus par 1.000 habitants tombe au sein d'une région hospitalière au-dessous de 4, ou si la mobilité des patients depuis l'étranger vers une région hospitalière entraîne une modification notable du flux des patients, compromettant l'accessibilité ou la qualité des soins dans cette région.

La CSL est d'avis que la proportion de 4 lits par 1.000 habitants n'est pas excessive. En effet, le bien-être des patients doit être au centre de la politique de santé. Ceci implique que des files d'attente pour entrer dans l'hôpital et un surpeuplement des unités de soins ne peut en aucun cas être toléré. La CNS considère qu'un taux d'occupation moyen des lits aigus allant jusqu'à 80% est acceptable. En 2006, ce taux moyen était de 74,1% avec un taux minimum de 61,3% pour la Clinique Ste Marie et un taux maximum de 83,1% pour l'Hôpital St Louis.

La CSL demande que la planification hospitalière ne se limite pas au seul nombre de lits, mais qu'elle prenne également en considération d'autres indicateurs. Il existe par exemple un ensemble d'infrastructures qui génèrent également des coûts, sans nécessairement être liés aux lits.

Une meilleure planification implique aussi une meilleure utilisation dans le temps et l'espace des établissements et équipements en étendant les horaires d'utilisation de ces derniers, tout en respectant évidemment la qualité de vie des patients.

En outre, notre Chambre estime que des efforts accrus devraient être entrepris en matière de planification hospitalière dans la Grande région.

1.1.2. *Le virage ambulatoire*

La chirurgie ambulatoire qui se trouve encore peu développée au Luxembourg, devra le cas échéant être revue à la lumière de la réglementation européenne „droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers“.

Bien que le plan hospitalier consacre le principe du virage ambulatoire, il n'y a pas de précision quant à cette prise en charge. Le plan hospitalier donne au ministre la faculté d'émettre des recommandations quant à cette prise en charge.

La CSL regrette que le plan hospitalier ne donne pas d'indication, ni sur le nombre de lits ambulatoires, ni d'ailleurs sur celui des soins intensifs.

Le projet de loi sous avis ne contient pas non plus des précisions quant aux soins ambulatoires. Notre Chambre craint toutefois que la nouvelle formulation de la prise en charge prévue par l'article 1, point 5° du projet de loi à l'article 17 CSS („frais de séjour à l'hôpital en cas d'accouchement et en cas d'hospitalisation d'une personne pour laquelle les soins en vue de sa guérison, de l'amélioration de son état de santé ou de l'atténuation de ses souffrances ne peuvent être dispensés en dehors du milieu hospitalier, ces critères pouvant être précisés par règlement grand-ducal“) n'introduise de manière cachée le virage ambulatoire.

Or, bien que le traitement ambulatoire puisse représenter des avantages pour le patient qui, généralement, se sent mieux dans son entourage familial, il doit être assorti d'un certain nombre de garanties concrètes.

D'abord, il doit être garanti que l'entourage extrahospitalier du patient est tel que les conditions d'hygiène et de sécurité soient au moins équivalentes à celles de l'hôpital. C'est pourquoi il faut un accompagnement régulier de la part des professionnels de la santé et cette offre doit exister à travers tout le pays.

Les traitements ambulatoires ne doivent pas seulement être dispensés de manière à correspondre à des actes médicaux d'après une clé donnée, mais prendre en compte la situation personnelle du patient. Une importance accrue reviendra dans ce cas aux visites à domicile de la part du médecin généraliste qui est le médecin de confiance du patient.

Les traitements ambulatoires doivent être considérés comme étant des prestations hospitalières rattachées à l'hôpital. Ceci signifie que les frais y relatifs sont à considérer comme frais hospitaliers bénéficiant du tiers payant et du remboursement intégral. La CSL se prononce contre toute extériorisation des soins qui seraient dispensés selon une logique de marché. Ceci veut dire également que les conditions de travail des salariés doivent être respectées.

Le modèle de budgétisation doit toutefois être adapté aux soins ambulatoires étant donné que le PRN implique une dotation en personnel insuffisante dans l'ambulatoire.

De tout ce qui précède résulte la conclusion que le virage ambulatoire ne conduit pas nécessairement à une diminution des coûts de la santé. En effet, ceci ne doit pas être son objectif. La CSL peut accompagner le développement des traitements ambulatoires uniquement dans le cas où il a pour conséquence une amélioration de la situation du patient et garantit le respect des conditions de travail des salariés.

1.2. *L'organisation interne des hôpitaux et l'assurance qualité*

1.2.1. *L'hôpital et ses acteurs*

Les fonds publics investis dans le secteur luxembourgeois de la santé servent en grande partie à assurer les prestations dispensées dans les hôpitaux. Les hôpitaux doivent veiller à ce que les moyens mis à leur disposition soient judicieusement et efficacement utilisés au service des patients. Cela implique une organisation des services permettant d'examiner et de traiter chaque patient dans les meilleures conditions.

Cependant, l'on peut constater depuis des années, au cours de périodes plus ou moins longues, une suractivité par rapport au volume de travail que peuvent raisonnablement exécuter un seul hôpital ou plusieurs de ses services. Il ne s'agit pourtant pas d'activités supplémentaires qui répondraient à des interventions urgentes ou même vitales pour les patients. Les raisons de cette „hyperactivité“ sont à chercher à un tout autre niveau, à savoir:

Idee de concurrence et de „Benchmarking“ plutôt que de collaboration

L'introduction de la budgétisation dans le financement des hôpitaux au milieu des années 1990 s'est traduite par une plus grande transparence et une plus juste répartition des fonds. En revanche, un mode de fonctionnement moins positif s'est insidieusement mis en place dans les hôpitaux, à savoir que leur seul souci est de faire preuve d'une activité maximale, faute de quoi les fonds mis à disposition par la CNS, destinés au financement du personnel et du matériel, pourraient être réduits.

La conséquence de cette mentalité est une concurrence accrue entre hôpitaux, avec pour seul objectif de s'assurer la plus grande part de marché possible. Une collaboration entre hôpitaux revêt visiblement dès lors un caractère exceptionnel, reléguant à l'arrière-plan les réflexions sur la complémentarité, lesquelles serviraient les intérêts des patients et permettraient une meilleure organisation des services.

Avec le versement de „primes de qualité“, l'idée du „Benchmarking“ (= comparer les performances entre hôpitaux) est encouragée, ce qui contribue à accroître encore plus l'esprit de concurrence qui nuit gravement au maintien de la qualité. Par souci de prestige, chaque hôpital cherche ainsi à offrir la plus large gamme de services possible. Les directions des hôpitaux poussent les médecins à une activité maximale sans tenir compte de la surcharge de travail et de la perte de qualité qui en découlent.

Le modèle actuel de médecine libérale soulève toujours plus de questions (article 2, point 16° modifiant l'art. 31 de la loi hospitalière du 28.8.1998)

Le corps médical libéral fait preuve de complaisance. En effet, plus les patients sont nombreux à être dirigés vers les hôpitaux avec autant de pathologies que possible, plus le „marché“ des malades est lucratif. La question est de savoir pourquoi il n'existe pas au Luxembourg d'instance de contrôle pour certifier que les soins et les services sont bien justifiés et pour empêcher les abus (voir ci-dessous).

Par crainte de perdre un patient au profit d'un „concurrent“, les hôpitaux acceptent en permanence une surcharge de travail, reléguant au second plan le programme réglementé des activités, en dépit de tous les risques que cela implique pour les patients et le personnel. C'est même la sécurité des patients qui est parfois remise en question: le personnel est souvent débordé, les situations de stress sont quotidiennes et le danger que des erreurs soient commises est alors particulièrement élevé.

Par contre, si les médecins sont des employés de l'hôpital, une meilleure coordination entre activités régulières et médecine d'urgence, une planification raisonnée des capacités en lits, l'observation des règles élémentaires de fonctionnement et des formes d'organisation temporaires, etc., deviennent alors possibles. Il serait bon que la politique et les responsables du secteur hospitalier envisagent d'encourager et d'étendre le système du „médecin-salarié“.

Le niveau élevé des dépenses hospitalières s'explique en partie par le système de rémunération des médecins qui, sauf dans le cas du Centre hospitalier de Luxembourg (CHL), sont agréés par les hôpitaux et rémunérés sur base du paiement à l'acte, si bien qu'ils peuvent fixer leur niveau d'activité et choisir les pratiques médicales en toute indépendance vis-à-vis des responsables des hôpitaux (Belegarztsystem). Leur rémunération est déterminée par le nombre des actes et les paramètres de prix négociés entre la

CNS et l'association des médecins. En outre, ils peuvent utiliser les équipements médicaux des hôpitaux en appliquant leurs propres normes.

D'après la loi hospitalière, les contrats d'agrément des prestataires de soins non salariés exerçant dans les hôpitaux et établissements hospitaliers spécialisés doivent correspondre à un contrat-type, dont le contenu minimal est arrêté d'un commun accord entre les différents groupements professionnels des prestataires de soins et les groupements des hôpitaux.

Force est cependant de constater que les hôpitaux, dont les plus grands font partie des principaux employeurs du pays, sont probablement les seules entreprises dont les dirigeants n'ont aucune influence sur une grande partie de l'activité. En effet, la quasi-totalité des hôpitaux luxembourgeois ignorent même souvent quelles activités les médecins agréés assurent à l'hôpital et quels diagnostics ils y prennent en charge.

Quant aux médecins, ils ne sont pas intégrés comme partenaires de l'entreprise et, en général, ne sont même pas mis au courant des résultats des négociations budgétaires. Il en ressort qu'il y a un problème évident de communication.

D'après les auteurs de la carte sanitaire, dans le système libéral, le prestige et la rémunération des médecins sont fonction du volume de leurs clients et par conséquent du nombre d'actes qu'ils fournissent ou ordonnent. Il en est de même au niveau des hôpitaux. Dès lors, pour améliorer leur réputation, ceux-ci, en concurrence entre eux, n'hésitent pas à recruter un grand nombre de prestataires de spécialités différentes même si cela peut être contre-indiqué par rapport à des nécessités objectives ou aux besoins découlant de la planification hospitalière.

En outre, un nombre élevé de médecins dans un hôpital n'est pas toujours garant d'une qualité élevée. Un nombre élevé d'interventions chirurgicales, souvent un indicateur de qualité et de sécurité d'un hôpital, doit être mis en rapport avec le nombre de médecins exerçant dans l'établissement.

D'après les informations fournies par la 4e édition de la carte sanitaire (1998-2005), la plus récente disponible, de 1998 à 2004, la population résidente a augmenté de 6%, mais elle n'a guère vieilli dans son ensemble; la proportion des transferts à l'étranger reste insignifiante par rapport à la consommation de soins de santé au pays, surtout en ce qui concerne les séjours stationnaires, mais a augmenté.

Le nombre de médecins a augmenté de 20%; cette augmentation est encore plus sensible pour les médecins spécialistes (+22%), pratiquement tous agréés à un hôpital. Dans la période mentionnée se situe p. ex. l'ouverture de l'Hôpital du Kirchberg. Pendant cette même période, le personnel hospitalier a augmenté de 11,4%.

Au niveau des hôpitaux aigus, on constate une augmentation de l'activité qui provient essentiellement du secteur médico-technique. En effet:

- les accouchements ont évolué au même rythme que la population générale (+7%),
- les interventions chirurgicales ont augmenté de 10%,
- les prestations de laboratoire de 15%,
- les actes de dialyse de 17%,
- les actes d'imagerie médicale de 19%,
- les actes de chimiothérapie de 40%,
- la fréquentation des polycliniques (et services d'urgence) connaît l'augmentation la plus forte avec +41% des passages.

Les raisons de l'augmentation disproportionnée de cette activité par rapport à l'augmentation de la population sont certainement à rechercher dans l'accroissement du nombre de médecins et surtout de médecins spécialistes agréés aux hôpitaux, mais aussi dans l'introduction de nouveaux services (tels que la radiothérapie et l'INCCI) et la mise à disposition de nouveaux équipements (scanners, résonance magnétique).

Les auteurs de la carte sanitaire rappellent que le recrutement et l'agrément des médecins aux hôpitaux relèvent de la seule faculté des organismes gestionnaires, que le conventionnement obligatoire ne limite pas l'exercice des activités à leur spécialité et que, mise à part la déontologie, il n'y a ni règles, ni contraintes, ni contrôle de l'activité médicale dont l'opportunité et la démarche sont laissées à la discrétion de chaque praticien. Curieusement la question de l'utile et du nécessaire, par ailleurs postulat de base pour justifier l'intervention de l'assurance maladie, ne semble pas posée à ce niveau stratégique.

D'autre part, les médecins ne sont que trop rarement rétro-informés sur les résultats, les coûts et les performances objectives de leurs pratiques.

PRN: Le calcul des effectifs ne correspond pas aux besoins réels (art. 10 de la loi hospitalière du 28.8.1998)

Le „modèle PRN“ évalue le volume de travail à 100% alors qu'une dotation en personnel de seulement 82% est accordée. Cela signifie que pour une prestation et une qualité requises à 100%, seulement 82% de personnel est mis à disposition.

Ce calcul correspond à une moyenne annuelle. Or, le travail dans les services des hôpitaux n'est pas étalé de manière uniforme sur l'ensemble de l'année. Il apparaît donc rapidement que la moindre augmentation de l'activité normale par rapport à la moyenne calculée vient encore accentuer le problème du manque ponctuel de personnel et que les patients sont privés d'une partie toujours plus importante des soins et des services auxquels ils ont droit.

Ce problème est encore aggravé par le défaut d'une planification suffisante de l'activité hospitalière en raison du manque d'implication dans l'organisation des médecins agréés.

La CSL demande par conséquent une meilleure planification de l'activité des services hospitaliers entraînant aussi une mise à disposition suffisante de personnel. Ceci éliminerait aussi le danger d'une dotation insuffisante du personnel dans l'ambulatorio.

Pour ce qui est des médecins agréés des hôpitaux, les contrats d'agrément devraient prévoir une participation financière beaucoup plus élevée, étant donné qu'ils utilisent les infrastructures financées par la CNS.

Afin de prendre un tournant et établir une véritable planification prenant également en compte les médecins, la CSL propose d'engager des réflexions plus fondamentales sur des alternatives au système d'agrément, dont celle de la médecine salariée, et sur une meilleure intégration du corps médical au processus décisionnel des structures et de l'organisation hospitalières.

Elle note que le point 8) de l'alinéa 2 de l'article 64 CSS nouveau prévoit la définition de domaines d'application de la rémunération salariée des médecins et médecins-dentistes, mais il s'agit d'une innovation très timide.

La CSL est en effet d'avis qu'un développement de la médecine salariée conduira à une meilleure responsabilisation des médecins. Les médecins agréés ont une grande influence sur l'activité de l'hôpital sans pourtant vouloir s'engager de manière plus forte par la voie d'un contrat de travail.

A l'heure actuelle, la rémunération sur base d'actes tarifés est l'unique forme de rémunération de la profession médicale, aussi au Centre hospitalier qui, bien que les médecins y exerçant soient des salariés, facture à la Caisse nationale de santé les actes prestés suivant la nomenclature applicable. Aussi des formes de rémunération dites de vacation (service rendu portant sur une durée) et de capitation (service rendu par personne) sont en principe intégrables dans la nomenclature médicale, notamment parce que les nouvelles dispositions prévues à l'article 65 lient les coefficients des actes à la durée.

Notre Chambre constate que la rémunération par actes tarifés restera donc la règle. La disposition envisagée ouvre la voie à une prise en charge directe du salaire de médecins dans certains domaines et cas à définir par voie conventionnelle. La prise en charge directe du salaire conduirait à une augmentation des emplois salariés dans les hôpitaux en faveur des médecins qui préféreraient un emploi salarié à la carrière du médecin libéral.

La CSL demande en outre:

- une analyse approfondie du mode de fonctionnement actuel dans tous les domaines du secteur hospitalier et l'introduction des ajustements nécessaires;**
- une politique de l'hôpital transparente et homogène qui supprime les pratiques concurrentielles actuelles au profit de réflexions de complémentarité;**
- une extension des contrôles de la Direction de la Santé dans le secteur sanitaire et hospitalier. Veiller à l'observation des dispositions légales et réglementaires en matière de santé publique et assurer le contrôle de la situation sanitaire du pays sont en effet des missions attribuées à cette administration. Or le projet de loi n'en parle pas;**
- une analyse nationale des besoins médicaux;**

- l'introduction de normes minimales en dotation de personnel, afin de garantir des services de qualité permanents ainsi qu'une sécurité maximale des patients et du personnel;
- des propositions réalistes pour une amélioration de la qualité qui ne reposent pas sur le „Benchmarking“ et sur la seule idée de concurrence.

1.2.2. La qualité des prestations

(article 2, point 12° modifiant l'art. 23 de la loi hospitalière du 28.8.1998)

Le plan hospitalier prévoit la création d'un comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières et introduit l'obligation pour les hôpitaux de mettre en place des comités d'évaluation au niveau de chaque établissement.

Notre Chambre, qui rappelle que la qualité élevée est un principe fondamental d'un système de soins, demande un véritable contrôle de qualité automatique et permanent, qui serait basé sur des standards internationaux comparables. A cet effet, il est indispensable que la Classification internationale des maladies ICD¹⁵-10 de l'OMS, classification pour l'enregistrement des causes de morbidité et de mortalité touchant les êtres humains à travers le monde, soit obligatoire au Luxembourg, puisqu'elle permet le codage des maladies, des traumatismes et de l'ensemble des motifs de recours aux services de santé. Ainsi, il devient beaucoup plus facile de répertorier la fréquence anormale de maladies et de décès dans une population ou un établissement.

L'évaluation de la qualité d'après le modèle d'autoévaluation EFQM n'est pas véritablement adaptée aux établissements hospitaliers, étant donné que ce modèle provient d'une fondation créée par des entreprises industrielles. Si ce modèle d'évaluation peut améliorer le déroulement des processus administratifs, il est inadapté à mesurer la qualité des prestations médicales.

Notre Chambre insiste sur le fait que la coordination de l'assurance qualité ne se limite pas seulement à l'administratif, mais qu'elle s'applique à toutes les prestations hospitalières, et au-delà, englobe les intérêts des patients, des visiteurs et du personnel de l'hôpital.

Devront ainsi être pris en considération toute l'activité médicale et les soins à l'intérieur de l'hôpital, les risques biologiques, chimiques, ou physiques inhérents à ce milieu, les mesures d'hygiène, la prévention contre des infections associées aux soins, les mesures de protection contre les maladies ou accidents professionnels, la sécurité, etc.

Les résultats de ces évaluations doivent être publiés, diffusés largement et être inclus dans les objectifs qu'un prestataire doit atteindre.

Si les contrôles de qualité révèlent des fautes professionnelles commises par le corps médical, celles-ci doivent être suivies d'une sanction financière de la part du CMSS. Il n'est guère défendable que la réparation des séquelles d'une prestation médicale échouée soit aussi payée par la CNS au prestataire. Il va sans dire que la prise en charge à l'égard du patient doit être maintenue.

2. L'introduction de filières de soins intégrées et de centres de compétences dans le milieu hospitalier

(article 2, point 14° introduisant l'art. 26bis dans la loi hospitalière du 28.8.1998)

Jusqu'à présent, le patient avait la liberté de choisir son prestataire de soins de santé.

Avec la présente réforme, l'article 19 actuel du CSS disposant que „les assurés sont libres de s'adresser aux prestataires de soins de leurs choix“ prend la teneur suivante:

„Les assurés sont libres de s'adresser aux prestataires de soins de leurs choix et ce sans préjudice des centres de compétences et des filières de soins intégrées définis dans la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers“.

Le nouvel article 26bis de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers introduit par le présent projet de loi donne les définitions suivantes:

La filière de soins est reconnue „filière de soins intégrée“ lorsque:

¹⁵ International Classification of Diseases

1) *l'intégration verticale et horizontale des prestataires fait l'objet d'accords dans le but d'une coordination des actions de santé et d'une responsabilisation commune des prestataires par rapport au devenir du patient et aux résultats de la prise en charge des patients auxquels la filière s'adresse*

et

2) *les conditions et modalités de l'intégration répondent aux exigences d'un contrat d'objectifs et de moyens conclu avec le ministre ayant dans ses attributions la Santé et la Caisse nationale de santé.*

Un „centre de compétences“ est:

1) *une entité organisationnelle rassemblant une ou plusieurs filière(s) de soins intégrée(s), assurant la prise en charge de patients présentant une maladie ou un groupe de maladies, et*

2) *répondant aux exigences d'un contrat d'objectifs et de moyens conclu avec le ministre ayant dans ses attributions la Santé et la Caisse nationale de santé.*

Préalablement à la conclusion d'un contrat d'objectifs et de moyens attribuant l'appellation „centre de compétences“ ou „filiale de soins intégrée“ dont question aux alinéas qui précèdent, le ministre ayant dans ses attributions la Santé et la Caisse nationale de santé font appel aux prestataires à travers un cahier des charges préalable, qui renseigne sommairement les conditions et modalités du contrat d'objectifs et de moyens envisagés.

Le contrat d'objectifs et de moyens définitif fixe notamment les objectifs, les critères de qualification et de compétence des prestataires, de volume d'activité, les modalités de documentation des indicateurs de résultats et le contenu du rapport annuel d'activité.

Un règlement grand-ducal précise les modalités et détails de la procédure à suivre, y inclus les cas et conditions de renouvellement et de résiliation des conventions d'objectifs et de moyens attribuant l'appellation „centre de compétences“ ou „filiale de soins intégrée“.

D'après le commentaire de l'article 1, 6° modifiant l'article 19, alinéa 1, le principe général du libre choix du prestataire est soumis à des restrictions dans le cadre des centres de compétences et des filières de soins intégrées visant une meilleure coordination et une meilleure allocation des ressources du secteur hospitalier.

Comme déjà soulevé à plusieurs reprises dans le cadre de ses avis, la CSL insiste sur le fait que

- 1. le plan hospitalier devra être intégré dans la loi de 1998 même et**
- 2. le présent projet de loi n'aurait dû être soumis à l'avis de notre Chambre qu'à partir du moment où le plan hospitalier est déjà établi.**

Si la CSL ne peut qu'encourager les mesures du Gouvernement consistant à améliorer la qualité des soins tout en utilisant mieux les ressources financières en vertu du principe „soigner mieux en dépensant mieux“, elle ne saura toutefois donner son accord à une politique consistant à sacrifier la liberté pour le patient de choisir son prestataire en faveur d'une instauration de centres de compétences et de filières de soins intégrées dont il est difficile de connaître leur application pratique.

Ce qui importe pour le patient, c'est de centraliser ses données médicales auxquelles chaque prestataire de soins doit, avec l'accord du patient, avoir accès.

Si la CSL soutient l'idée du législateur selon laquelle les soins doivent s'inscrire dans une séquence coordonnée de prestations délivrées par les différents prestataires ou services, cette coordination entre prestataires en vue d'optimiser la qualité des soins et de mieux rentabiliser le financement de ceux-ci ne peut avoir comme conséquence que le patient soit dépourvu de choisir son prestataire et que la liberté pour les prestataires de soins d'exercer leur profession soit entravée.

Si la CSL est bien d'accord que le Contrôle médical de la sécurité sociale ou la CNS, en tant que preneur en charge des frais médicaux et hospitaliers, peuvent contrôler la séquence, la qualité et le nombre des actes médicaux dispensés en milieu hospitalier, il faudra toutefois que le texte soit plus explicite à ce sujet.

En aucun cas, la CSL ne peut accepter la teneur du nouvel article 26bis qui sera introduit dans la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers alors qu'il n'explique

aucunement la relation de cause à effet entre une entrave de la liberté de choisir le prestataire de soins et une restriction de la liberté d'exercice des professions médicales, d'une part, et l'introduction des filières de soins intégrées et de centres de compétences, d'autre part.

D'abord le texte ne souffle mot sur la structure d'une telle filière de soins intégrée. Y a-t-il une hiérarchie entre les différents prestataires de soins tant au niveau horizontal que vertical? Une telle filière de soins intégrée ne peut-elle se constituer qu'au sein d'un seul établissement hospitalier ou bien entre plusieurs établissements hospitaliers sachant que le patient est souvent en traitement auprès de plusieurs médecins qui n'exercent pas forcément dans le même établissement hospitalier?

Le texte prévoit qu'une telle intégration verticale et horizontale des prestataires doit faire l'objet d'accords, de contrats d'objectifs et de moyens conclus avec le ministre de la Santé et la CNS. La CSL se demande tout d'abord ce qu'il advient aux établissements hospitaliers ou aux filières de soins qui ne marquent pas leur accord à un tel contrat d'objectifs et de moyens. Seront-ils pénalisés? La conséquence ne pourra-t-elle pas aboutir à une inégalité de traitements entre filières de soins et établissements hospitaliers au détriment de la liberté du choix du prestataire pour le patient et de la liberté d'exercice des professions médicales? Qu'advient-il du patient qui, en vertu du libre choix du médecin, ne respecte pas l'orientation prévue par la filière de soins intégrée? Plus encore, le non-respect par le prestataire de soins lié par une filière de soins intégrée ou un centre de compétences peut-il avoir une conséquence sur la prise en charge de l'acte dispensé par celui-ci pour le patient?

Le texte ne souffle mot non plus sur le contenu d'un tel contrat d'objectifs et de moyens.

Abstraction faite du contenu d'un tel contrat, est-ce que la conclusion d'un tel contrat ne risque pas d'alourdir la charge administrative des hôpitaux et des médecins au détriment de la qualité des soins?

Quelle est la finalité d'associer à un tel contrat et le ministre de la Santé et la CNS sachant que le président de celle-ci est en tout état de cause un fonctionnaire qui représente les intérêts du ministre?

En aucun cas, la CSL ne saura accepter la mouture actuelle du texte qui ne permet pas de connaître les tenants et aboutissants d'une telle filière de soins intégrée et d'un tel centre de compétences. A plus forte raison, elle ne saura accepter que les modalités et détails de la procédure à suivre, y inclus les cas et conditions de renouvellement et de résiliation des conventions d'objectifs et de moyens attribuant l'appellation „centre de compétences“ ou „filière de soins intégrée“ soient déterminés par règlement grand-ducal, procédure qui échappe à tout contrôle du Parlement et qui permet au ministre d'agir comme bon lui semble.

Si la filière de soins est assimilée à ce qu'on appelle le chemin clinique (ou *clinical pathway*), pourquoi le projet de loi ne fournit-il pas une définition plus claire à l'instar de celle de la Haute Autorité de Santé en France? :

„Centré autour du patient, le chemin clinique a pour but de décrire, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge en suivant le parcours du patient. Cette méthode vise à planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge pluridisciplinaire de patients présentant un problème de santé comparable. Elle repose sur la description d'une prise en charge optimale et efficiente à partir des recommandations professionnelles. Le chemin clinique peut être utilisé dans un établissement de santé, dans un réseau de soins ou dans le cadre de l'exercice libéral lorsque les professionnels se coordonnent entre eux.“

La Chambre des salariés déplore que le concept de filière de soins prévue par le projet de loi soit totalement flou et que des dispositions claires et précises relatives à l'organisation des filières et des centres de compétences fassent défaut.

Elle note que rien n'empêche les établissements hospitaliers de collaborer sous l'égide de la législation actuelle. Pourquoi faut-il alors des dispositions supplémentaires relevant plutôt de la phraséologie que d'un souci d'organisation efficace?

3. Les médecins-coordonateurs

(article 2, point 15° complétant l'art. 29 de la loi hospitalière du 28.8.1998)

Le projet de loi a pour objet d'introduire à l'article 29 de la loi hospitalière les médecins-coordonateurs.

D'après le projet de loi, ceux-ci ne seront pas des interlocuteurs informels, mais devront assurer dans une certaine mesure un lien de coordination et de guidance formalisé. Les médecins-coordonateurs devraient être désignés par l'organisme gestionnaire et être placés sous l'autorité du directeur médical de l'établissement hospitalier.

Le médecin-coordonateur est l'interlocuteur du directeur médical et des autres organes de l'établissement qui assurent le développement et la coordination de l'activité médicale d'un service hospitalier ou d'un groupement de services hospitaliers conformément aux objectifs du ou des projet(s) de service afférents et aux orientations du projet d'établissement de l'établissement.

Son rôle primaire est d'assurer, en étroite collaboration avec le responsable des soins et le pharmacien responsable, des fonctions de coordination et de planification de l'activité médicale du ou des service(s) et de veiller:

- au bon fonctionnement du ou des services et à la qualité des prestations;
- à la standardisation des traitements et de la prise en charge de patients;
- à l'utilisation efficiente des ressources disponibles.

D'après le commentaire de l'article, le médecin-coordonateur ne peut directement intervenir dans le traitement d'un patient déterminé, mais le texte de l'article prévoit qu'il dispose d'un droit de regard sur l'activité de tous les intervenants du service qu'il est censé coordonner.

La Chambre des salariés, qui note qu'un règlement grand-ducal précisera le statut, les missions et les attributions des médecins-coordonateurs, ainsi que les modalités de leur désignation, craint que des conflits majeurs ne puissent naître de l'instauration non suffisamment préparée de cette nouvelle fonction.

Quelle sera en effet la mission précise du médecin-coordonateur? Représentera-t-il une véritable valeur ajoutée ou le résultat de sa création ne sera-t-il qu'une augmentation du travail administratif, augmentant la pression du travail sur tous les autres acteurs de l'hôpital?

Quel est le rapport de ce médecin-coordonateur avec le patient? A-t-il également accès au DSP?

En outre, comment se situe le médecin-coordonateur par rapport aux autres médecins de l'hôpital? Quel est son statut? S'agit-il également d'un médecin agréé, puisque la plupart des hôpitaux ne disposent pas de médecins salariés?

D'autre part, quelle est la position hiérarchique du médecin-coordonateur par rapport aux salariés de l'hôpital? Fait-il partie de la direction et a-t-il un pouvoir de décision effectif? Notre Chambre rappelle que les rapports entre personnel et direction de l'hôpital sont régis par la Convention collective de travail des salariés occupés dans les établissements hospitaliers luxembourgeois. Le personnel n'acceptera guère qu'un nouvel intervenant imposé de l'extérieur viendrait s'immiscer dans les rapports existants avec la direction.

D'un autre côté, si le médecin-coordonateur fait également partie du personnel, l'équipe des collaboratrices et collaborateurs entourant directement les patients perdra une personne, à moins que le poste nouvellement créé ne soit compensé par un équivalent temps plein supplémentaire à financer par la CNS. Or le projet de loi ne prévoit pas de telles charges supplémentaires, bien au contraire.

Si la Chambre des salariés est parfaitement d'accord avec l'intention de mieux coordonner l'activité de l'hôpital dans le but d'éviter des doubles emplois et de mettre en œuvre des traitements efficaces, elle demande toutefois que cette coordination se fasse de concert avec les autres parties prenantes de l'hôpital. Instaurer de manière discrétionnaire de nouvelles fonctions sans concertation préalable ne conduira qu'à un raidissement des rapports et une dégradation de l'ambiance de travail.

Notre Chambre demande que le médecin-coordonateur soit dans tous les cas un médecin salarié de l'hôpital faisant partie du personnel de l'hôpital, puisque le coordinateur doit être une personne impliquée totalement à l'activité de l'hôpital.

Le médecin-coordonateur doit faire partie de la direction médicale de l'hôpital et avoir un pouvoir d'organisation effectif, sinon cette fonction n'a pas de raison d'être et génère uniquement des charges financières et administratives considérables.

Etant donné qu'il existe des directeurs médicaux dans les hôpitaux, qui devraient en toute logique assurer les missions d'un médecin-coordonateur, l'on pourrait imaginer la mise en place de plusieurs directeurs médicaux adjoints (un par service) qui coordonneraient l'activité du service avec le chef de service qui est un professionnel de santé.

4. Les laboratoires hospitaliers

(art. 26 de la loi hospitalière du 28.8.1998 et article 1er, point 46° du projet de loi modifiant l'art. 74 CSS)

Le texte du projet de loi ne fournit pas de précisions en ce qui concerne les laboratoires, à l'exception de la débudgétisation de leurs prestations extrahospitalières. La CSL tient toutefois à présenter quelques observations à ce sujet:

Notre Chambre se prononce contre toute extériorisation des actes accomplis dans les laboratoires hospitaliers. Ces derniers doivent continuer à faire partie de la structure hospitalière et leur travail doit obéir aux exigences d'une politique de la santé et non pas être transformé en prestations marchandes.

Notre Chambre ne peut pas accepter une situation où les analyses prévisibles et planifiées seraient confiées à des laboratoires extérieurs alors que le traitement des urgences serait de la responsabilité de l'hôpital.

Si chaque hôpital ne doit pas nécessairement faire toutes les analyses, il doit toutefois être garanti que les analyses couramment effectuées dans un hôpital soient accomplies partout. Un laboratoire hospitalier doit en effet fonctionner en permanence et partant être équipé du personnel qualifié en nombre suffisant.

La CSL demande que le rôle et la place du Laboratoire national de santé dans le paysage des laboratoires soient clairement définis avant toute discussion sur une répartition des analyses et des synergies. Elle revendique l'élaboration d'un concept précis basé sur une éventuelle répartition des travaux entre laboratoires hospitaliers. Une telle programmation doit aussi comprendre des renseignements sur les dotations en personnel et doit être élaborée avant toute tentative de réduction du personnel.

Elle ne peut accepter le transfert de la charge d'analyses à des laboratoires spécialisés à l'étranger que si la masse critique fait défaut au Luxembourg et s'il existe des conventions avec les laboratoires étrangers.

Notre Chambre se prononce en outre en faveur d'une information rapide des patients en ce qui concerne les résultats des analyses.

Elle ne peut en aucun cas accepter un financement par forfait des prestations des laboratoires hospitaliers, étant donné qu'un tel mode de financement aurait pour risque une réduction de la qualité des prestations.

5. Les maisons médicales et les polycliniques

Même si le projet de loi ne parle pas des maisons médicales, il est à noter que le but poursuivi par la création de ces structures en 2009, à savoir un délestage des urgences, n'a pas vraiment été atteint, étant donné qu'il existe entretemps un double emploi, voire un triple emploi. Les patients sont envoyés par le médecin de la maison médicale aux services d'urgence des hôpitaux pour certains actes médicaux (radiologies) et retournent vers la maison médicale.

Loin d'améliorer la situation des patients et le fonctionnement de la prise en charge urgente, l'instauration de ces maisons a conduit à une augmentation du travail administratif et des coûts, avec comme corollaire une perte de temps supplémentaire pour les patients et ceux qui les soignent.

Notre Chambre est partant d'avis qu'une évaluation du travail des maisons médicales s'impose. Celles-ci ne sont en effet pas implantées de manière généralisée dans le pays et ne remplissent pas le rôle du médecin généraliste qui fait des visites à domicile et qui reste la solution idéale.

En outre s'agit-il de définir les missions des policliniques tout en évitant que celles-ci ne deviennent de simples services d'urgence.

*

CONCLUSIONS

La Chambre des salariés a été saisie pour avis d'un projet de loi en gestation. En effet, parallèlement aux travaux de consultation des organes prévus dans la procédure législative, ont lieu des négociations entre Gouvernement et prestataires de soins, qui risquent d'avoir des implications sur le projet final soumis au vote du Parlement. Ainsi, chaque jour nous fournit sa dose de commentaires et de revirements en matière de réforme de soins de santé, ce qui rend la tâche des instances consultatives assez désagréable.

En date du 10 novembre 2010, le comité directeur de la CNS, a adopté le budget de l'exercice 2011 en décidant, contre les voix des représentants des assurés, des mesures d'économies statutaires à hauteur de 20 millions d'euros, tout en précisant que cette décision était liée au maintien dans le projet de loi d'une économie correspondante à réaliser à charge des prestataires de soins. La CNS a en outre arrêté un relèvement du taux de cotisation de 0,2% à charge partagée entre les assurés, les employeurs et l'Etat.

Ces décisions trouvent leur reflet dans des amendements gouvernementaux soumis à notre Chambre en date du 15 novembre 2010.

A cela, il convient d'ajouter que le projet de loi renvoie en permanence à des règlements grand-ducaux alors que certaines dispositions y prévues devraient faire l'objet du projet de loi lui-même. Notre Chambre ne peut pas s'exprimer sur le contenu et la compatibilité des règlements grand-ducaux qui n'ont pas été joints au présent projet de loi avec lequel ils devraient, en somme, former un tout cohérent.

La Chambre des salariés estime par conséquent qu'un projet de loi mieux préparé aurait pu lui être soumis, lequel aurait aussi pu prendre en compte les revendications des organisations syndicales les plus représentatives consultées préalablement.

Contrairement aux annonces ambitieuses du programme gouvernemental de 2009 en matière de santé, l'objectif principal du projet de loi sous avis est non pas de mettre la santé de l'individu au premier plan, mais la limitation de la progression des coûts en matière de santé. Loin d'associer tous les acteurs à une démarche holistique en matière de santé, qui accorderait notamment une importance accrue à la prévention et à la détection précoce des maladies, le projet de loi cimente le pouvoir discrétionnaire du Gouvernement, qui pourra décider unilatéralement de la politique à mener en matière de santé tout en imputant les coûts y relatifs aux partenaires sociaux.

La CSL réclame l'élaboration rapide d'un projet de loi en matière de droits des patients ayant également pour but l'élaboration d'une véritable charte des droits des patients basée sur des principes énoncés dans le présent avis.

Pour ce qui est de l'introduction du médecin référent, la CSL est d'avis que les dispositions du projet de loi induisent en erreur dans la mesure où les patients, dans leur majorité, disposent, d'ores et déjà, d'un tel médecin qui, en règle générale, est leur médecin traitant. Voilà pourquoi elle approuve les amendements du Gouvernement limitant la mission du médecin référent à guider et à conseiller le patient. Le recours à un médecin référent ou le refus d'y recourir par le patient ne peut avoir des conséquences désavantageuses pour ce dernier au niveau de la prise en charge des actes médicaux et, ergo, du libre choix du médecin.

Si l'idée de regrouper toutes les données médicales et autres informations concernant le patient dans un dossier de soins partagé (DSP) est tout à fait louable, le texte manque de précision en ce qui concerne la création, la gestion, la sécurité et la suppression d'un tel dossier, les conditions d'accès à ce dossier ainsi que les personnes y ayant accès. En ce qui concerne la demande éventuelle d'un employeur, la CSL exige d'introduire dans le code du travail une disposition interdisant à tout employeur de demander des renseignements sur le DSP du salarié ou même du candidat à un poste, sous peine de sanctions pénales.

Pour ce qui est de la prise en charge des frais de santé, notre Chambre demande une application généralisée du tiers payant, étant donné qu'une telle mesure sera plus simple et qu'un

certain nombre de prestations sont déjà, à l'heure actuelle, prises en charge directement. A titre subsidiaire, la CSL propose que la CNS applique le tiers payant à 100% pour tout bénéficiaire du revenu minimum garanti et du revenu pour personnes gravement handicapées, ce qui a l'avantage de préserver l'anonymat du patient, qui n'aurait pas à faire une démarche auprès de l'office social. En outre, pour les médicaments remboursables à moins de 100%, la CSL propose d'introduire une disposition prévoyant que la CNS rembourse la participation financière aux bénéficiaires du revenu minimum garanti et du revenu pour personnes gravement handicapées sur base de la facture envoyée par le pharmacien.

En matière d'organisation et de financement de l'assurance maladie, la CSL ne peut accepter l'orientation du projet de loi visant à accorder de plus en plus de pouvoir de décision au Gouvernement tout en imputant le coût financier principalement à la CNS. L'Etat renoncera effectivement au remboursement intégral des indemnités en relation avec la maternité et réduira sa participation à moins de 40% du total des recettes. La CSL plaide au contraire pour le maintien du pouvoir de gestion et de décision des partenaires sociaux et le respect du conventionnement général qui peut être considéré comme un puissant bouclier contre l'introduction d'une médecine à deux vitesses.

Toutefois, la défense du conventionnement obligatoire généralisé par notre Chambre ne peut en aucun cas être interprétée comme une mise en question de l'obligation des prestataires de soins de fournir leur contribution à l'assainissement financier du système de santé. En effet, notre Chambre rappelle que l'augmentation de la participation des assurés décidée par le comité directeur de la CNS est liée au maintien dans le projet de loi d'une économie correspondante à réaliser à charge des prestataires de soins.

A l'augmentation du taux de cotisation et au relèvement des participations statutaires des assurés, la Chambre des salariés préfère une suppression du plafond cotisable, mesure qui rapporterait, à elle seule, 180 millions d'euros.

Pour ce qui est du secteur hospitalier, la CSL partage les préoccupations du Gouvernement quand il veut introduire une meilleure pilotabilité dans le système. En effet, actuellement, dans un esprit de concurrence, les hôpitaux acceptent en permanence une surcharge de travail, reléguant au second plan le programme réglementé des activités, en dépit de tous les risques que cela implique pour les patients et le personnel. Le développement des médecins salariés permettrait une meilleure coordination entre activités régulières et médecine d'urgence, une planification raisonnée des capacités en lits, l'observation des règles élémentaires de fonctionnement et des formes d'organisation temporaires.

Toutefois, notre Chambre regrette que, une fois de plus, la maîtrise des coûts soit au centre des préoccupations. Ainsi, l'enveloppe budgétaire globale initiale, qui devrait réduire la progression des coûts à 3%, sera dans tous les cas insuffisante.

En ce qui concerne le médecin-coordonateur, la CSL demande que celui-ci soit dans tous les cas un médecin salarié de l'hôpital faisant partie du personnel de l'hôpital, puisque le coordonnateur doit être une personne impliquée totalement à l'activité de l'hôpital. Le médecin-coordonateur doit faire partie de la direction médicale de l'hôpital et avoir un pouvoir d'organisation effectif, sinon cette fonction n'a pas de raison d'être et génère uniquement des charges financières et administratives considérables.

La Chambre des salariés déplore que le concept de filière de soins intégrée prévu par le projet de loi soit totalement flou et que des dispositions claires et précises relatives à l'organisation des filières et des centres de compétences fassent défaut. Elle note que rien n'empêche les établissements hospitaliers de collaborer sous l'égide de la législation actuelle.

Finalement, la CSL, qui rappelle que la qualité élevée est un principe fondamental d'un système de soins, demande un véritable contrôle de qualité automatique et permanent, qui serait basé sur des standards internationaux comparables.

*

La Chambre des salariés peut uniquement donner son accord au projet de loi et aux amendements y relatifs si le Gouvernement tient compte des observations formulées dans le présent avis. Par ailleurs, un certain nombre de questions soulevées exigent une clarification avant le vote final du projet de loi amendé.

Luxembourg, le 25 novembre 2010

Pour la Chambre des salariés,

La Direction,
René PIZZAFERRI
Norbert TREMUTH

Le Président,
Jean-Claude REDING

*

ANNEXE

Liste des règlements grand-ducaux prévus dans les dispositions du projet de loi, tel qu'il est amendé par le Gouvernement

1. Précision des modalités d'attribution de la prise en charge des soins palliatifs.
(*Art. 1er, point 5° modifiant l'article 17 CSS*)
2. Précision des critères et détermination de la procédure relatifs à l'inscription ou non d'un médicament sur la liste positive ou à son exclusion de ladite liste ainsi qu'à l'inscription des dispositifs médicaux dans les listes statutaires de l'assurance maladie-maternité.
(*Art. 1er, point 10° modifiant l'article 22 CSS*)
3. Précision des modalités de calcul de la base de remboursement des médicaments à même principe actif principal.
(*Art. 1er, point 11° insérant l'art. 22bis dans le CSS*)
4. Détermination des critères, des conditions et de la procédure se rapportant à la fixation des prix des médicaments par le ministre de la Sécurité sociale.
(*Art. 1er, point 12° insérant l'art. 22ter dans le CSS*)
5. Fixation des dispositions organisant la documentation dans le dossier de soins des diagnostics, des prescriptions et des prestations effectuées.
(*Art. 1er, point 30° insérant l'art. 60bis dans le CSS, tel que modifié par l'amendement 7°*)
6. Précision des modalités et conditions de la mise en place du dossier de soins partagé ainsi que des modalités d'établissement et de la forme des informations et des documents à verser au dossier de soins partagé.
(*Art. 1er, point 32° insérant l'art. 60quater dans le CSS*)
7. Détermination du fonctionnement de la Commission de nomenclature, de la procédure à suivre, des éléments constituant la demande standardisée d'inscription ainsi que de l'indemnisation des membres et experts commis.
(*Art. 1er, point 35° modifiant l'art. 65 CSS*)
8. Détermination de la composition et du fonctionnement du conseil scientifique ainsi que de l'indemnisation de ses membres et experts.
(*Art. 1er, point 36° insérant l'art. 65bis dans le CSS*)
9. Détermination de la procédure à suivre, des indemnités et des autres modalités d'application de la procédure de médiation en cas de désaccord sur l'adaptation de la lettre-clé.
(*Art. 1er, point 39° modifiant l'art. 69 CSS*)
10. Détermination du fonctionnement de la Commission de surveillance, de la procédure à suivre ainsi que de l'indemnisation des membres et des experts commis.
(*Art. 1er, point 42° modifiant l'art. 72 CSS*)

11. Faculté de préciser les règles d'établissement de l'enveloppe budgétaire globale et des budgets spécifiques des hôpitaux, ainsi que des éléments à inclure de façon forfaitaire.
(Art. 1er, point 46° modifiant l'art. 74 CSS)
12. Détermination des modalités détaillées de la procédure de demande d'une aide financière de l'Etat pour les investissements hospitaliers, notamment en ce qui concerne les délais à respecter, les pièces justificatives à joindre au dossier et les cas dans lesquels une étude des besoins et de l'impact sur le système de santé sera dorénavant requise.
(Art. 2, point 9° modifiant l'article 13, alinéa 2 de la loi hospitalière du 28.8.1998)
13. Précision des missions et de la composition minimale des structures dans les hôpitaux en relation avec la gestion des risques, l'évaluation et la promotion de la qualité, des modalités relatives à leur coordination, ainsi que de l'indemnité des membres du Comité national de coordination.
(Art. 2, point 12° modifiant l'article 23 de la loi hospitalière du 28.8.1998)
14. Précision des modalités et détails de la procédure à suivre en matière de filière de soins intégrées et de centres de compétence, y inclus les cas et conditions de renouvellement et de résiliation des conventions d'objectifs et de moyens.
(Art. 2, point 14° insérant l'article 26bis dans la loi hospitalière du 28.8.1998)
15. Précision du statut, des missions et des attributions des médecins-coordonateurs, ainsi que des modalités de leur désignation.
(Art. 2, point 15° complétant l'article 29 de la loi hospitalière du 28.8.1998)
16. Détermination des conditions auxquelles la pharmacie hospitalière ou la structure à part doit répondre.
(Art. 2, point 17° modifiant l'article 33 de la loi hospitalière du 28.8.1998)
17. Réductions nécessaires à opérer sur les coefficients des actes et services prévus dans la nomenclature des médecins.
(Art. 5, alinéa 1)
18. Adaptations tarifaires aux coefficients des actes de la nomenclature des laboratoires, au cas où les mesures susceptibles d'engendrer les économies ne peuvent entrer en vigueur pour le 1er avril 2011.
(Art. 5, alinéa 2 dans la teneur de l'amendement 26°)

Service Central des Imprimés de l'Etat

6196/07

N° 6196⁷

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2010-2011

PROJET DE LOI**portant réforme du système de soins de santé et modifiant:**

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

* * *

AVIS DU COLLEGE MEDICAL

(1.12.2010)

Monsieur le Ministre,

Avant de se prononcer sur le projet de loi le Collège médical se permet de formuler les remarques préliminaires suivantes:

Fin juillet 2010 le projet a été soumis pour avis à l'AMMD qui a fait parvenir ses premiers commentaires au Ministère fin août 2010.

Le projet a été déposé à la Chambre des Députés le 6 octobre 2010.

En date du 16 novembre 2010, le Collège médical reçoit le texte des amendements du projet initial, le projet proprement dit ne lui ayant été transmis que le 17 novembre 2010 (sur sa demande!).

Suivant les termes de la lettre de couverture, le retard qu'accuse la demande d'avis serait imputable à une „inadvertance“, pour laquelle le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale s'est par la suite personnellement excusé auprès du président du Collège médical.

Naturellement le Collège médical aurait pu se saisir lui-même, en se fondant sur le rôle lui dévolu à l'article 2 de la loi du 8 juin 1999 portant ses attributions.

Cependant une saisine d'office s'avérait peu indiquée en considération des défis du projet loi dont les termes présageaient déjà des pourparlers complémentaires.

Un avis prématuré dans ce contexte, aurait vite été dépassé. „L'inadvertance ministérielle“ n'a donc pas trop porté à conséquence.

Les avis du Conseil d'Etat et de la Commission Nationale pour la Protection des Données ont été déposés le 24 novembre 2010, respectivement le 25 novembre 2010, le vote de loi étant prévu pour le 16 décembre 2010.

Compte tenu des développements qui précèdent, le Collège médical espère que son avis ne sera pas considéré comme, suivant une expression courante, „moutarde après dîner“.

*

AVIS PROPREMENT DIT

Par sa composition, constituée de médecins, médecins-dentistes et pharmaciens confrontés dans leurs spécialités respectives à une pratique professionnelle, le Collège médical dispose des repères à partir desquels il fournit son appréciation quant à l'efficacité des dispositions du projet de loi.

Sans revenir en détail sur chaque article pris isolément, voici les considérations et réflexions générales sur ce que devrait être un projet de **vraie** réforme du système de soins de santé, dont l'objectif serait de réussir la quadrature du cercle, à savoir:

garantir une qualité optimale du système avec des moyens financiers raisonnables.

La Santé n'est-elle pas notre plus grand bien?

Dans la logique de cette maxime une société solidaire ne devrait-elle pas tout investir pour garder ce bien? Ne devrait-elle pas non plus oeuvrer à **responsabiliser tous ses acteurs** à protéger et à pérenniser ce bien?

Il s'agit donc d'un véritable débat de société!

Le Collège médical fait siennes les conclusions des observateurs avertis selon lesquelles le coût du financement du système de santé explose à cause du vieillissement de la population et du progrès de la médecine dans le domaine des techniques de diagnostic et de traitement.

Un facteur tout aussi important, guère pris en considération par les „*réformateurs*“, réside dans la **facilité actuelle d'accès aux soins** pouvant produire l'effet pervers d'une consommation excessive des biens médicaux.

Récemment encore, pendant l'action syndicale des médecins, les salles de consultation et polycliniques plutôt vides ont montré une adaptation de la consommation de soins proportionnellement à l'offre de prestations, ce qui confirme l'idée qu'une commodité et une facilité d'accès aux soins peut inciter à la surconsommation.

Dans une société moderne comme la nôtre, les consommateurs potentiels de biens médicaux sont de mieux en mieux informés et deviennent, à juste titre, plus critiques, et par conséquent plus exigeants envers les moyens de diagnostic et de traitement disponibles.

Ces moyens étant à quelques rares exceptions près dispensés „*aux frais de la princesse*“ ni le prestataire ni le bénéficiaire de soins ne sont associés à une démarche de responsabilisation permettant de déterminer la nécessité de la consommation et de la réguler.

Le médecin étant tenu d'une obligation des moyens avec la grande responsabilité qu'elle entraîne pour lui d'effectuer des prestations conformes aux données actuelles de la science, pourquoi mettrait-il en jeu cette obligation en faisant le choix le moins coûteux, là où les moyens dispensés „*aux frais de la princesse*“ garantissent une alternative éventuellement plus efficace mais également plus coûteuse?

Si la santé n'a pas de prix, elle a tout de même un coût, pouvant être pris en charge par la communauté dans la mesure où la quasi-gratuité actuelle des soins reste un facteur important à l'origine d'une surconsommation.

Par conséquent, l'introduction d'un ticket modérateur sur les consultations et actes dépassant le montant symbolique actuel, pourrait contribuer à une modération dans les habitudes de consommation.

Bien sûr une telle mesure devrait être adaptée en fonction des conditions sociales de l'assuré.

Le projet de loi actuel présente des lacunes en ce qu'il n'aborde nullement ces aspects et ne prévoit guère de mesures de responsabilisation de tous les acteurs, dont particulièrement les bénéficiaires de soins!

En ce qui concerne les incapacités de travail, l'introduction d'une journée dite „*de carence*“ dans le système de prise en charge dite „*en espèces*“ constituerait une mesure adaptée dans la lutte contre les cas abusifs.

Quant à l'**organisation du système de soins** qui maintient l'affiliation obligatoire du citoyen à un organisme de sécurité sociale et le conventionnement total obligatoire des prestataires de soins, que le projet ne tend pas à modifier, le Collège médical fait observer:

Tout médecin exerçant sur le territoire luxembourgeois est soumis au conventionnement obligatoire, automatique, régime n'existant tel quel dans aucun autre pays.

La convention à laquelle doit obligatoirement se soumettre le médecin est conclue en application des articles 61 et suivants du Code de la Sécurité Sociale pour régir les rapports entre l'assurance maladie et les différents prestataires de soins.

Dès lors, il paraît évident que, si la convention est imposée, toute mesure visant à réglementer l'exercice (surveillance, nomenclature des actes, tarification, prescriptions ...) devrait être réglée à l'intérieur de la convention, et non par un instrument juridique distinct.

Pourtant, le projet de loi prévoit la possibilité de régler certains aspects par des règlements grand-ducaux à prendre par le gouvernement, ce qui donnerait lieu à l'ingérence d'une autorité dans une convention entre parties!

Sans vouloir aborder l'épineux sujet de la légalité voire de la constitutionnalité d'un tel régime ou de sa conformité au droit communautaire (cf. les commentaires du Conseil d'Etat, pages 16 et 18), le Collège médical pense qu'un dé-conventionnement du moins partiel, éventualité que le syndicat des médecins laisse délibérément toujours planer comme épée de Damoclès, aurait au moins 3 avantages:

- il diminuerait les frais de la médecine à charge de la CNS (cf. le chapitre considérations générales de l'avis du Conseil d'Etat, page 3: „(... le système actuel implique le financement global des coûts inhérents aux soins de santé par l'Etat et les institutions de sécurité sociale et ne permet pas une réduction progressive de leurs engagements dans ce domaine)“;
- il permettrait de réguler l'accès des médecins au régime de la CNS;
- il découragerait respectivement mettrait une barrière à de nombreux médecins qui envahissent notre territoire par nos 3 frontières, en vue de profiter de notre régime et de racoler les „clients“ pour les envoyer se faire opérer et traiter dans des hôpitaux de leur pays d'origine, contribuant par là à financer le système de soins de ce pays.

Le projet de réforme n'aborde pas ce sujet.

Une révision fondamentale de **la nomenclature des actes et tarifs** devrait restructurer la hiérarchie des actes, en valorisant l'acte intellectuel et le facteur temps, en tenant compte des particularités inhérentes aux différentes spécialités et disciplines médicales. En fonction des spécialités/disciplines, on peut affirmer que 80% des diagnostics sont établis par la seule écoute (anamnèse) combiné à l'examen clinique!

Pour bien le faire il faut du temps!

Heureusement beaucoup de pathologies auxquelles se voit confronté un médecin sont anodines et ne constituent souvent qu'une altération bénigne du bien-être (distinguer entre mal-être et maladie).

La pratique montre que 95% des personnes sont considérées comme étant en bonne santé si on les soumet qu'à 5 examens (techniques), 36% seulement le restent si on les soumet à 20 examens! (Référence Prof. Gross Uniklinikum Köln).

C'est au regard de ces réalités liées à la pratique qu'on devra définir les véritables rôles du „**médecin référent**“ renommé à juste titre „**médecin de confiance**“, qui seront: écouter, examiner, informer, orienter et accompagner le malade à travers la complexité technique de la médecine moderne.

Et pour bien le faire il faut du temps!

Vouloir réduire „le **médecin référent**“ à un gestionnaire de dossier, même en le rémunérant en contrepartie, comme initialement prévu dans le projet, est indigne!

La **libre prescription de traitements** au profit du malade devra rester une garantie, quitte à ce que le taux de remboursement soit réglé entre l'assuré et son assureur (CNS et autres).

En ce qui concerne la prise en charge des médicaments, le Collège médical suggère un système de remboursement basé sur un prix fixe pour la substance active au lieu d'un prix variable pour les différentes dénominations commerciales.

Dans le contexte de la crise actuelle, la volonté politique d'englober dans le système du remboursement les médicaments homéopathiques, dont la preuve d'efficacité fait toujours défaut, est paradoxale!

Quant au mode de financement des hôpitaux

N'a-t-on pas vu récemment, lors d'un reportage télévisé, un directeur de soins d'un établissement hospitalier se plaindre, qu'à cause de l'action syndicale des médecins, son hôpital n'arrivait plus à remplir les lits et qu'il risquait le désastre financier?

Ne devrions-nous pas nous féliciter de voir les lits d'un hôpital rester vides, un hôpital n'étant pas un hôtel qui doit afficher complet pour survivre financièrement?

L'hôpital est avant tout une structure de soins!

Le système de financement actuel d'un hôpital et sa dotation en personnel de soins en fonction du nombre de „*passages*“ est plus que discutable. Le coût du secteur gestion, administration et contrôle qualité a-t-il été évalué?

De même, imposer une enveloppe financière globale à un hôpital, qu'on adapte d'année en année (3%!) est une démarche qui expose à des risques d'investissements mal placés, aux dépens d'innovations indispensables au progrès médical, le Conseil d'Etat l'a bien relevé dans son avis (page 28).

Au-delà de ces considérations, la gestion d'un hôpital selon des modalités purement économiques, par assimilation à une entreprise quelconque n'est guère concevable d'un point de vue éthique.

Le Collège médical prend acte de l'initiative de légiférer sur le **dossier médical informatisé** et centralisé, ayant la finalité d'améliorer la qualité des soins tout en garantissant une confidentialité absolue par le biais d'un accès sécurisé, mesure approuvée sous certaines réserves par la Commission Nationale de Protection des Données.

Les frais engendrés par le dossier médical informatisé n'ont pas été évalués. Ne figure dans le présent projet de loi aucune évaluation du rapport coût et bénéfice pour la CNS.

Quelle est la valeur pratique d'un dossier qui risque d'être incomplet, au vu de l'opposition possible du patient, de l'absence de données concernant les traitements à l'étranger et le refus éventuel du médecin d'inscrire des données qu'il estime être sensibles?

Le Collège médical se rallie à l'avis du Conseil d'Etat, lequel conseille de redéfinir respectivement de repenser **les concepts de filières de soins et de centres de compétences** ainsi que les statuts du médecin coordinateur et du médecin hospitalier en général.

Dans le texte du projet il est question d'une „responsabilisation commune des prestataires“ dans les filières de soins, notion qui entre en contradiction avec le principe du caractère personnel et la responsabilité du médecin au sens des règlements de nomenclature, des conventions et du Code de Déontologie Médicale.

La création de filières de soins tout comme celle de centres de compétences, dans une intention tout à fait positive d'optimiser la prise en charge diagnostique et thérapeutique du malade, risque cependant d'entraver le principe du libre choix du médecin tout comme celui de la libre concurrence entre médecins.

Le libre choix du patient devrait rester garanti en lui offrant la possibilité de consulter un organisme de conseil en cas de non-accord avec la prise en charge par tel ou tel centre de compétence ou filière de soins.

Comme le Code de déontologie médicale stipule que le médecin exerce en indépendance, sous sa propre responsabilité, et qu'une hiérarchie et une subordination sur le plan médical n'existent pas, il faudrait bien préciser que le **médecin coordinateur** ne pourra être tenu responsable pour une éventuelle faute professionnelle d'un médecin pour lequel il assume la coordination.

Une responsabilité solidaire devrait être établie avec l'établissement hospitalier pour une éventuelle faute commise par un **médecin hospitalier** dans le cadre du contrat administratif lorsque l'établissement impose des règles et pratiques médicales obligatoires au médecin.

Le Collège médical espère que ces réflexions aideront à orienter les membres de la Commission Santé de la Chambre des Députés en vue de finaliser, à la satisfaction de tous les acteurs, le projet de réforme du système de soins de santé.

Le Collège médical vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de sa parfaite considération.

Pour le Collège médical,

Le Secrétaire,
Dr Roger HEFTRICH

Le Président,
Dr Pit BUCHLER

6196/09

N° 6196⁹**CHAMBRE DES DEPUTES**

Session ordinaire 2010-2011

PROJET DE LOI**portant réforme du système de soins de santé et modifiant:**

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

* * *

**AVIS COMMUN DE LA CHAMBRE DE COMMERCE
ET DE LA CHAMBRE DES METIERS**

(3.12.2010)

L'objet du projet de loi, des amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 et des amendements parlementaires du 25 novembre 2010 est de réformer le système de soins de santé en apportant des modifications au Code de la sécurité sociale (CSS) et à la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers. Annoncée lors de la réunion quadripartite d'automne 2009, la réforme vise selon ses auteurs:

1. „une meilleure coordination et une meilleure pilotabilité du système de soins de santé, précisant le cadre normatif en matière de documentation et de standards, misant sur des gains d'efficacité et d'efficacités, stimulant la responsabilité des différents prestataires et améliorant les mécanismes de contrôle et de surveillance“ et
2. un „redressement à court terme de la situation financière de l'assurance maladie-maternité“.

Au regard de l'importance du projet de loi et de ses répercussions sur l'ensemble de leurs ressortissants, les deux chambres professionnelles ont estimé utile et nécessaire de prendre position à travers un avis commun.

TABLE DES MATIERES:

- I. Résumé synthétique
- II. Considérations générales
 - A. Présentation du système de santé luxembourgeois actuel
 1. Les dépenses de santé par habitant parmi les plus élevées au monde
 2. Le système de santé luxembourgeois est parmi les plus généreux au monde
 3. Les facteurs d'augmentation des dépenses de santé
 - B. Les observations préliminaires des deux chambres professionnelles
 1. Un projet de loi qui manque d'ambition
 2. La maîtrise des dépenses pour soins de santé est une condition impérative pour garantir la soutenabilité du système de soins de santé
 3. Après l'introduction du statut unique: un certain nombre d'engagements à l'égard des entreprises restent en souffrance

4. Peu de transparence tant au niveau de l'impact financier de la réforme que du contenu des futurs règlements grand-ducaux d'exécution
 - C. La grande absente: la réforme du fonctionnement de la CNS sur base d'un concept global de gouvernance de l'assurance maladie
 1. Réformer en profondeur le fonctionnement de la CNS
 2. Réduire les frais administratifs de la CNS
 3. Réformer le fonctionnement des institutions liées à l'assurance maladie en vue de gagner en efficacité et gouvernance
 - D. Les mesures envisagées par le projet de loi
 1. Premier axe important: „Réaliser une meilleure offre de soins“
 2. Deuxième axe important: „La rationalisation de l'offre hospitalière“
- III. Commentaire des articles
- A. Modifications apportées au Code de la Sécurité Sociale (article 1er)
 - B. Modifications apportées à la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers (article 2)
 - C. Dispositions financières (articles 3 à 7)
 - D. Dispositions abrogatoires (articles 8 et 9)
 - E. Dispositions transitoires (articles 10 à 12)
 - F. Mise en vigueur (article 13)
- IV. Observation finale

*

I. RESUME SYNTHETIQUE

Le projet de réforme, affichant des ambitions de nature structurelle et financière, vise à préserver et pérenniser la qualité d'un système de santé basé sur le financement solidaire et l'accès universel aux soins. Selon les auteurs du projet de loi, il prévoit des mesures équilibrées qui mettent à contribution l'ensemble des acteurs du système.

La réforme s'articule autour de quatre thèmes principaux ayant pour vocation à parvenir à la stabilisation financière de l'assurance maladie:

- la réforme des services de soins de santé;
- la modernisation de l'organisation et du fonctionnement du secteur hospitalier;
- l'intégration des prestations de maternité dans le régime général de l'assurance maladie-maternité;
- la réduction des dépenses et l'augmentation des recettes de la Caisse nationale de santé.

Le projet de réforme vise prioritairement une meilleure coordination et pilotabilité du système de soins de santé. Pour parvenir à concrétiser cet ambitieux objectif, le projet de loi envisage un ensemble de mesures dont (i) l'introduction d'un „médecin référent“ dont la mission serait d'assurer le premier niveau aux soins et de coordonner les soins administrés à l'assuré, (ii) la mise en place dans un avenir proche d'un „dossier de soins partagé“ électronique permettant une meilleure prise en charge par la centralisation d'informations importantes en relation avec les traitements dispensés et les analyses effectuées, (iii) l'instauration d'une base de remboursement visant à privilégier la prescription de médicaments de substitution et (iv) la création du tiers payant à vocation sociale, facilitant l'accès aux soins des personnes vivant dans une situation de précarité avérée.

Suivant le projet de réforme, une logique de coordination nationale doit également être appliquée au domaine médical et notamment à la structure actuelle du secteur hospitalier. Ainsi les services hospitaliers devraient-ils être organisés suivant des centres de compétences et des filières de soins intégrées. Ce changement, tendant à éviter que chaque établissement hospitalier s'organise de façon à pouvoir réaliser toutes les interventions, a toutefois été abandonné. Ce mouvement de spécialisation

du secteur hospitalier permet également la mise en place d'une enveloppe budgétaire globale en lieu et place de l'enveloppe budgétaire propre à chaque établissement, ainsi que d'une comptabilité analytique permettant de connaître à l'avenir le coût réel des interventions effectuées au sein des hôpitaux. Le projet de loi entend également clarifier le statut des médecins au sein des hôpitaux.

Les prestations de maternité, lesquelles étaient jusqu'à présent couvertes par le budget de l'Etat, seront intégrées dans le régime général de l'assurance maladie-maternité, et donc à charge de la Caisse nationale de santé. Pour le Gouvernement, cette intégration se soldera, selon les auteurs du projet de loi, par une simplification administrative.

Le projet de réforme vise également à redresser à court terme la situation financière délicate de l'assurance maladie-maternité. Pour freiner la progression des dépenses et redresser la situation financière dès 2011, la réforme prévoit (i) des économies à hauteur de plusieurs dizaines de millions d'euros au niveau du fonctionnement du système de soins en agissant sur les tarifs et les budgets des prestataires de soins (25%) et en procédant à une révision des dispositions statutaires régissant les prestations de l'assurance maladie-maternité (25%) ainsi que (ii) une augmentation des cotisations à charge des assurés et des entreprises (50%).

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers sont conscientes de la situation financière délicate de l'assurance maladie et qu'une réforme substantielle du système de soins de santé en général s'impose. Les deux chambres professionnelles estiment néanmoins que ni le projet de loi initial, ni ce qu'il en reste à ce jour, ne peuvent être qualifiés de réforme structurelle alors que le texte avisé se limite à effectuer des retouches ponctuelles et parcellaires à la législation en vigueur.

Les deux chambres professionnelles saluent les quelques initiatives affichées visant à améliorer la prise en charge médicale des assurés, notamment par l'introduction d'un „médecin référent“, du dossier médical personnel et du tiers payant social ainsi que celles tendant à imposer une meilleure coordination au sein du secteur hospitalier et la mise en commun d'activités hospitalières. Ces initiatives favoriseront un meilleur accompagnement des patients dans un environnement de soins de santé de qualité et mieux coordonné, tout en devant permettre de réaliser des économies.

Pour autant que ces initiatives soient louables, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers ne peuvent souscrire au présent projet de loi qui ne s'attaque pas aux problèmes de fond du système de soins de santé, notamment l'absence de concept global de gouvernance des institutions de l'assurance maladie. La gouvernance, mais également la prévision budgétaire et la maîtrise des coûts sont pourtant des facteurs décisifs de réussite ou d'échec de toute entreprise. Le Gouvernement devrait par conséquent s'en inspirer au lieu de transférer sur les assurés et les entreprises le surcoût financier résultant d'une mauvaise gestion financière du système de soins de santé.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers se rallient à l'analyse faite par l'Union des Entreprises Luxembourgeoises (UEL) dans sa publication d'octobre 2010 „*Soigner mieux en dépensant moins – Feuille de route de l'Union des entreprises luxembourgeoise pour réformer efficacement le système de soins de santé*“, laquelle relève les réelles faiblesses du système de soins luxembourgeois et propose des mesures substantielles pour parvenir à une stabilisation financière de l'assurance maladie.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers ne partagent pas la conviction du ministre au sujet de la réduction des dépenses dès 2011 grâce à la présente réforme. Malgré l'incapacité des auteurs du projet de loi de fournir la moindre simulation chiffrée de l'impact financier des mesures envisagées, la concrétisation de ces mesures nécessitera des investissements préalables (non estimés à ce jour) qui annihileront les potentielles réductions de dépenses espérées pour 2011 et 2012. Comme le budget pour 2011 de la CNS a été adopté, malgré l'opposition des représentants des entreprises, sur base de prévisions financières par ailleurs différentes de ce qu'envisage le projet de loi (notamment l'indexation des tarifs, des forfaits et de l'accroissement du budget hospitalier à laquelle les deux chambres professionnelles s'opposent avec véhémence), le critère d'urgence invoqué par le Gouvernement pour faire passer en force l'adoption d'une réforme pourtant contestée par toutes les parties concernées fait également défaut.

Au sujet de la méthode, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers se doivent également de dénoncer la façon de faire du Gouvernement, consistant à soumettre un projet de loi aux chambres professionnelles puis de négocier son contenu de façon bilatérale et confidentielle avec certaines parties concernées. Les chambres professionnelles se retrouvent alors à devoir analyser un projet de loi volumineux en continuelle adaptation, les empêchant d'exercer leur mission légale en temps utile.

Les deux chambres professionnelles relèvent que pas moins de 61 amendements ont été apportés ces dernières semaines aux 97 mesures contenues dans le projet de loi initial! Ce sont autant de désaveux à l'égard d'un texte insuffisamment préparé. La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers constatent que cette opinion est partagée par la Commission parlementaire, laquelle a décidé de retirer du projet de loi le concept de filières de soins et de centres de compétence, pourtant l'une des mesures phares du projet de loi.

Le sentiment de la Chambre de Commerce et de la Chambre des Métiers d'un projet insuffisamment préparé est encore exacerbé par l'absence de la vingtaine de règlements grand-ducaux d'exécution que le texte mentionne. Ces règlements grand-ducaux sont pourtant essentiels et nécessaires à la concrétisation des mesures envisagées par la réforme du système de soins de santé. Dans la mesure où ils ne pourront être discutés qu'au courant de l'année 2012, rien n'empêche de reporter l'adoption du projet de loi. Partant, les deux chambres professionnelles exhortent le Gouvernement à procéder au retrait du projet de loi et d'engager, de manière consensuelle avec toutes les parties concernées, des pourparlers pour aboutir à une réforme substantielle qui apporte les vraies réponses aux réelles questions qu'il aurait fallu se poser, avec l'objectif de pérenniser à long terme le financement du système de soins de santé luxembourgeois

*

Après consultation de leurs ressortissants, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers ne peuvent approuver le projet de loi dans sa forme actuelle et réclament une réforme plus élargie suivant ses remarques faites dans le cadre du présent avis.

Appréciation du projet de loi

	<i>Incidence</i>
Compétitivité de l'économie luxembourgeoise	-
Impact financier sur les entreprises	--
Transposition de directive	n.a.
Simplification administrative	-
Impact sur les finances publiques	+

Légende

++	: très favorable
+	: favorable
0	: neutre
-	: défavorable
--	: très défavorable
n.a.	: non applicable
n.d.	: non disponible

*

II. CONSIDERATIONS GENERALES

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers sont attachées au modèle social luxembourgeois qui comprend notamment un niveau de protection sociale élevé et un accès aux soins de santé pour tous. La pérennité du mécanisme d'assurance maladie n'est envisageable qu'à la seule condition d'en garantir l'équilibre financier à long terme. Pour parvenir à un tel objectif essentiel pour la cohésion sociale du pays, les deux chambres professionnelles réfutent le recours à des artifices de court terme et revendiquent la mise en place des réformes structurelles indispensables à la soutenabilité du régime d'assurance santé.

A. Présentation du système de santé luxembourgeois actuel

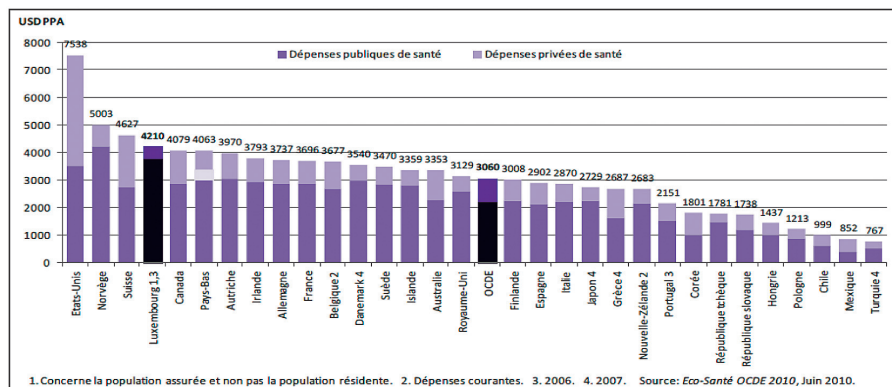
Les soins de santé constituent certes le pilier le plus important de l'assurance maladie. Toujours est-il que l'assurance maladie couvre également les prestations en espèces, c'est-à-dire le risque que constituent pour l'assuré les absences pour cause de maladie ou d'accident, coûts qui depuis l'introduction du statut salarié unique sont largement pris en charge par les entreprises.

Les dépenses pour soins de santé au Luxembourg sont parmi les plus élevées de l'ensemble des pays de l'OCDE. Par ailleurs, la part du financement public pour les dépenses de soins de santé est la plus élevée de l'OCDE. Il résulte du couplage de ces deux constats que le coût des dépenses de santé est presque intégralement assumé par le système de santé et de sécurité sociale.

1. Les dépenses de santé par habitant parmi les plus élevées au monde

Les dépenses de santé par habitant au Luxembourg sont parmi les plus élevées du monde. En effet, selon le dernier rapport de l'OCDE sur la santé publié en 2010, le Luxembourg se situe bien au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE en termes de dépenses totales de soins de santé par habitant, avec des dépenses de 4.210 USD (ajustées sur la base de la parité de pouvoir d'achat des monnaies) en 2006¹, par rapport à une moyenne de 3.060 USD pour l'ensemble des pays de l'OCDE en 2008.

Graphique 1: Dépenses de santé par habitant, dépenses publiques et privées, dans les pays de l'OCDE en 2008 (en USD, PPA)²



2. Le système de santé luxembourgeois est parmi les plus généreux au monde

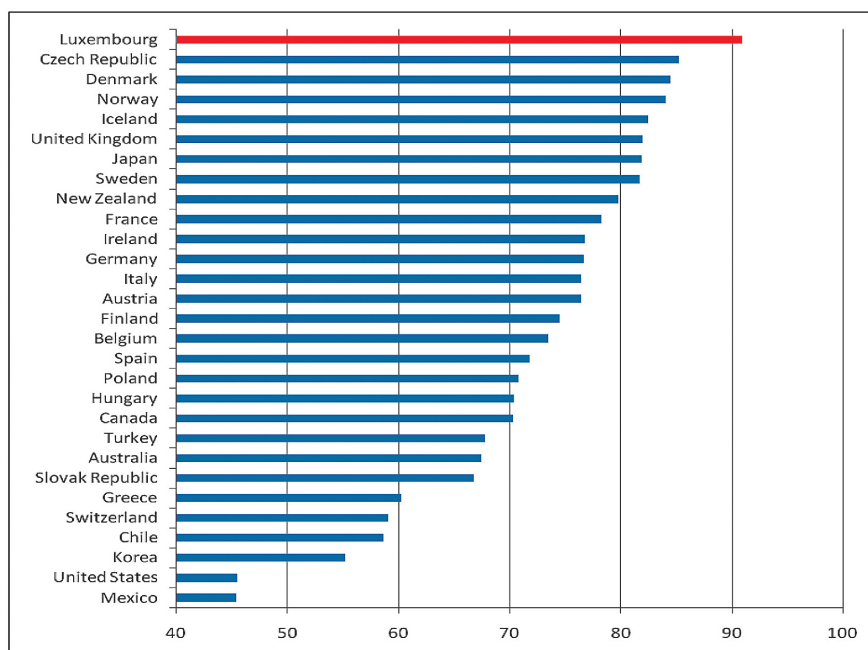
Au Luxembourg, 90,9% des dépenses de santé ont été prises en charge par le système de santé public en 2006. C'est la part la plus élevée parmi tous les pays de l'OCDE, bien supérieure à la moyenne de 72,8%.

Il peut en être déduit que la participation des assurés aux soins de santé se situe parmi les plus faibles en comparaison internationale. Cet état de fait, auquel s'ajoute le très fort taux de financement des dépenses pour soins de santé par le budget de l'Etat central (qui représente 42% des recettes de l'assurance maladie-maternité en 2010) donne aux assurés une impression de gratuité des soins de santé. L'extrême générosité du système de santé luxembourgeois semble indiquer qu'il existe une grande marge de manœuvre pour réaliser des gains d'efficacité et des économies afin de garantir la soutenabilité du système de santé.

1 L'OCDE ne fournit pas de données pour les dépenses de soins de santé pour l'année 2008 et prend comme référence l'année 2006 pour le Luxembourg. Cette limite induit une sous-estimation de l'ampleur de la différence entre le Luxembourg et les autres pays de l'OCDE étant donné qu'entre 2006 et 2008, les dépenses pour soins de santé au Luxembourg ont augmenté de 209 millions d'euros passant de 1.347 en 2006 à 1.556 en 2008, soit une augmentation de 15,5% (source: CNS).

2 Les données sont exprimées en dollars US ajustés pour les parités de pouvoir d'achat (PPA). Les PPA permettent la comparaison des dépenses entre les pays sur une base commune. Les PPA sont des taux de conversion monétaire qui égalisent le coût d'un „panier“ donné de produits et services dans différents pays.

Graphique 2: Proportion du financement public en % du total des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE en 2007



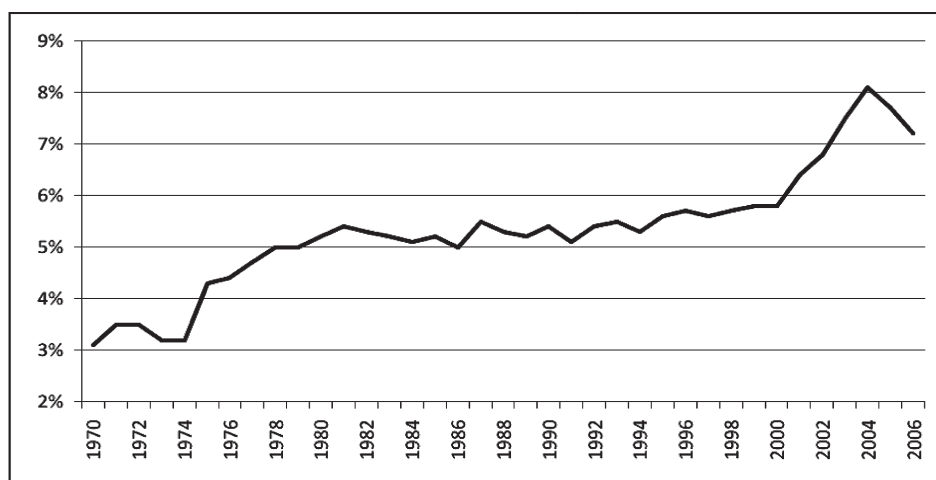
Source: OCDE, Eco-santé 2010

3. Les facteurs d'augmentation des dépenses de santé

Les dépenses de santé représentent une part toujours plus importante du PIB.

Le graphique ci-dessous montre clairement que les dépenses de santé tendent à représenter une part toujours plus importante du PIB. En 1970, le Luxembourg consacrait 3,1% de son PIB aux dépenses de santé. Ce taux s'est sensiblement accru dès 1975 (4,3%) pour atteindre 5,0% en 1978. De 1978 à 2000, la part des dépenses de santé dans le PIB a été comprise entre 5,0% et 5,8%. A partir de 2001, l'augmentation de la part des dépenses de santé a recommencé à augmenter très fortement pour atteindre 8,1% en 2004. Ce n'est que parce que le PIB a augmenté très fortement entre 2004 et 2006 que la part des dépenses publiques dans le PIB a légèrement diminué pour atteindre finalement 7,2% en 2006.

Graphique 3: Dépenses de santé en % du PIB au Luxembourg entre 1970 et 2006



Source: OCDE

Ce graphique montre très clairement que les dépenses de santé ont augmenté à un rythme de croissance supérieur à celui de l'ensemble de la création de richesse (à l'exception des années 2004-2006).

La part du vieillissement de la population n'a eu pour l'instant qu'un impact limité sur la croissance des dépenses. Particulièrement parce que le Luxembourg a connu une explosion de l'emploi frontalier. Le tableau ci-dessous montre que la proportion des personnes âgées de plus de 65 ans dans la population résidente n'a augmenté que de 3% en 50 ans passant de 10,8% de la population en 1960 à 13,9% de la population résidente en 2010. Entre 1981 et 2010, la proportion des personnes âgées de plus de 65 ans est restée relativement stable, puisqu'elle n'a augmenté que de 0,4 point de %. De manière symptomatique, la proportion des personnes âgées entre 65 et 79 ans a même diminuée entre 1981 et 2010, passant de 11,3% en 1981 à 10,3% en 2010.

Tableau 1: Evolution de la structure par âge de la population (en %)

<i>Classes d'âge</i>	<i>1960</i>	<i>1981</i>	<i>2001</i>	<i>2010</i>
0-24 ans	34,5%	34,2%	30,4%	29,6%
25-64 ans	54,7%	52,2%	55,7%	56,4%
65-79 ans	9,3%	11,3%	10,9%	10,3%
>80 ans	1,5%	2,2%	3,0%	3,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source: Statec

Ces chiffres concernent la population résidente et ne tiennent donc pas compte de la part très importante des travailleurs frontaliers dans l'emploi intérieur total (plus de 40% de la population active en 2009). Les travailleurs frontaliers ont une moyenne d'âge inférieure à celle des travailleurs résidents. Le système de soins de santé au Luxembourg bénéficie donc d'un apport important de cotisations étant donné que les populations plus jeunes sont moins, voire peu consommatrices de soins de santé. Il est donc surprenant de constater que la situation financière de l'assurance maladie-maternité est malgré cela en déficit.

C'est plutôt le progrès technique médical et surtout la hausse généralisée du niveau de vie et de revenus qui sont à l'origine de ce phénomène d'augmentation substantielle de la part des dépenses de santé dans le PIB. L'élasticité-revenu, c'est-à-dire la variation en pourcentage de la dépense de santé consécutive à une augmentation de 1% du revenu réel dans la plupart des pays développés est supérieure à l'unité. Une élasticité-revenu supérieure à l'unité est caractéristique des biens et des services dits „de luxe“, c'est-à-dire des biens et des services pour lesquels la consommation augmente proportionnellement plus vite que le revenu (lorsque le revenu augmente de 1%, la consommation des biens et des services de santé augmente de plus de 1%).

Quant aux progrès technologiques, ils obéissent à une loi des rendements décroissants. Cette loi caractérise les situations où une augmentation de l'utilisation de tous les facteurs de production, dans une proportion donnée, se traduit par un accroissement du produit dans une proportion moindre. Ces rendements décroissants ont pour conséquence inévitable l'augmentation à long terme du coût moyen. Par exemple, si on applique un test de dépistage (aussi performant soit-il) pour une pathologie relativement rare, il faut consacrer des ressources croissantes pour trouver un cas supplémentaire.

En conclusion, il importe de relever qu'au cours des prochaines années, le Luxembourg devra faire face à un défi démographique majeur: celui du vieillissement à la fois des assurés résidents et des assurés non résidents. Ceci aura des conséquences financières très importantes que, en l'état actuel, le système de soins de santé ne pourra assumer.

Cette évolution doit être planifiée dès à présent, étant donné que le système de soins de santé actuel combine un niveau de dépenses pour soins de santé par habitant parmi les plus élevées du monde couplé avec un financement presque intégral de ces soins de santé par des fonds publics.

B. Les observations préliminaires des deux chambres professionnelles

1. Un projet de loi qui manque d'ambition

Si l'approche relatée dans le projet de loi sous avis s'inscrit en effet dans une logique de maîtrise des coûts, il n'en reste pas moins qu'un certain nombre de mesures y préconisées ne sont pas assez incisives ou manquent d'ambition en ce qui concerne leur aboutissement sur l'axe du temps.

Dans ce contexte, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers tiennent à citer l'avis du Conseil d'Etat en date du 23 novembre 2010 qui retient: „Avec le double but d'améliorer la prise en charge du malade et d'assainir la situation financière de l'assurance-maladie, les auteurs affichent l'ambition d'atteindre une amélioration qualitative des prestations de soins tout en diminuant leur rémunération, donc de „soigner mieux en dépensant moins“. Alors qu'un gain de qualité s'accompagne en règle générale d'investissements supplémentaires qui ont leur propre coût, il ne ressort pas clairement du projet de loi comment les auteurs entendent promouvoir ces efforts supplémentaires. Le Conseil d'Etat constate que les auteurs veulent maintenir une organisation du système de soins de santé basée sur l'affiliation obligatoire à un régime de sécurité sociale des citoyens et sur le conventionnement obligatoire et total des prestataires.

Un tel choix politique impliquera également le financement global des coûts inhérents aux soins de santé par l'Etat et les institutions de sécurité sociale et ne permettra pas une réduction progressive de leur engagement dans ce domaine. Les mesures d'économie proposées par le projet de loi sous avis doivent selon le Conseil d'Etat donner la priorité aux initiatives ayant comme objet d'éviter le gâchis et d'empêcher les prestations inadéquates, superflues ou inefficaces, libérant ainsi des ressources nécessaires pour investir dans une amélioration qualitative du système de santé.“

Le projet de loi doit dès lors être réfuté pour ce qui est des mesures envisagées pour redresser les finances de la Caisse nationale de santé (ci-après „CNS“). Ainsi, il est inconcevable que le Gouvernement fasse fi des discussions tripartites et décide unilatéralement un relèvement des cotisations à charge des assurés et des entreprises. D'ailleurs, cette mesure a été abrogée par amendement gouvernemental adopté en date du 12 novembre 2010 suite à l'adoption, malgré l'opposition des représentants des entreprises, du budget 2011 de la CNS et d'un relèvement du taux de cotisation des assurés et entreprises. Les deux chambres professionnelles constatent que le projet de loi ne comprend aucune mesure répondant aux préoccupations des entreprises relatives aux impératifs de redressement de la compétitivité de l'économie luxembourgeoise, mais qu'au contraire il allège l'engagement financier de l'Etat aux dépens des assurés et des entreprises. Cette approche est vivement contestée par les deux chambres professionnelles.

Aux yeux de la Chambre de Commerce et de la Chambre des Métiers, il est indispensable d'augmenter l'efficacité du système de santé national. A l'avenir, le défi consistera à concilier deux critères qui, à première vue, sont en contradiction l'un par rapport à l'autre: celui d'assurer, pour des raisons liées à la cohésion sociale, une médecine de qualité, accessible à l'ensemble de la population et celui de maintenir un système financièrement abordable („Soigner mieux ...“) et répondant à une utilisation rationnelle des ressources financières („... en dépensant moins“).

Les deux chambres professionnelles se rallient à l'analyse faite par l'Union des Entreprises Luxembourgeoises (UEL) dans son document publié en octobre 2010 intitulé „Soigner mieux en dépensant moins – Feuille de route de l'Union des entreprises luxembourgeoise pour réformer efficacement le système de soins de santé“ où il a été proposé notamment de réformer l'assurance maladie en menant à bien des réformes structurelles visant un gain d'efficacité du système à moyen et long terme. Dans ce cadre, les organisations patronales ont surtout relevé que l'accent principal de la réforme devrait être mis sur les relations de la CNS avec les établissements hospitaliers et les prestataires de soins. De façon générale, l'approche prônée par l'UEL, à laquelle se rallient la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers, est celle qui mise sur une responsabilisation accrue de toutes les parties prenantes.

Ainsi, le projet de loi prévoit d'intégrer le financement des soins de maternité et de divers autres éléments, dont le congé pour raisons familiales, dans le financement des soins de santé. Ce faisant et sans prévoir des moyens, les auteurs laissent le soin aux organes de la CNS de remédier notamment à un certain nombre de dérives en matière de dispenses de travail qui grèvent actuellement le budget de l'Etat. La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers réfutent la possibilité que les cotisations patronales servent à terme à financer l'assurance maternité.

Dans le même contexte, le projet de loi sous avis réduit à partir de 2011 la participation de l'Etat de 41,2% (en 2009) à 40%, sans que les auteurs ne justifient la méthode de calcul pour parvenir à la fixation du taux de 40%. Cette fixation paraît par conséquent forfaitaire et tout à fait arbitraire. Tout au plus, les auteurs du projet de loi justifient la réduction de la participation financière de l'Etat par l'espoir que le système sera désormais moins onéreux en raison des réformes envisagées. Ce raisonnement est faux, sinon antiéconomique. Il est faux dans la mesure où l'Etat profitera des économies futures dans la mesure où son taux de participation s'appliquera le cas échéant à une assiette moins élevée. Il est antiéconomique dans la mesure où l'Etat s'approprie les bénéfices d'une réforme plus que timide aux dépens des assurés et entreprises, qui voient leurs cotisations augmenter sans limite. Il est pour le surplus critiquable alors que l'impact de cette modification est loin d'être neutre, comme cela est allégué par les auteurs du texte, ni pour l'Etat qui diminue ainsi sensiblement sa charge, ni partant pour les entreprises et les assurés dont la charge augmente.

Cette approche peu transparente doit partant être strictement réfutée. Il est par ailleurs tout à fait inacceptable qu'une pareille proposition de changement de système ne soit accompagnée de données chiffrées et de simulations financières.

2. La maîtrise des dépenses pour soins de santé est une condition impérative pour garantir la soutenabilité du système de soins de santé

Le système de soins de santé constitue un élément essentiel de la qualité de vie et de la cohésion sociale du Grand-Duché. Pour pouvoir continuer à bénéficier du système de santé le plus généreux au monde, il est impératif de rétablir au plus vite l'équilibre financier du système de soins de santé.

En 2010, le système de soins de santé se trouve dans une situation de déficit. A politique constante, ce déficit sera récurrent tout au long de la décennie à venir et risque de s'aggraver sous l'effet conjoint du ralentissement économique général et de l'immobilisme des décideurs politiques.

A court terme, la situation financière de l'assurance maladie-maternité est clairement insoutenable. Il convient de noter qu'à l'issue de la tripartite qui s'est déroulée au printemps 2010, le Premier Ministre s'est engagé à atteindre l'équilibre des finances publiques en 2014 en réduisant le train de vie de l'ensemble des administrations publiques de près de 400 millions d'euros par an, sans toutefois tenir compte de la situation financière de l'assurance maladie.

Etant donné la situation financière réelle de l'assurance maladie-maternité telle que présentée par le Gouvernement dans le projet de réforme du système de soins de santé sous avis, il faudrait trouver environ 200 millions d'euros supplémentaires tous les ans dès 2011.

Le fardeau que peut représenter le déficit cumulé de l'assurance maladie à l'horizon 2020 pour les finances publiques est colossal. Celui-ci pourrait à terme nécessiter un recours massif à la dette publique et peser substantiellement sur l'activité économique et sur la création de richesse.

Le solde financier du système de soins de santé aura au cours des 10 prochaines années une incidence très importante sur l'équilibre des finances de l'ensemble des administrations publiques. Quand on sait que les finances publiques devront en outre faire face au „mur des pensions“ dans une dizaine d'années, il convient de ne pas retarder davantage la réforme en profondeur du système de soins de santé.

La maîtrise des dépenses pour soins de santé est donc une condition impérative pour garantir la soutenabilité du système de soins de santé.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers préconisent de mettre un terme à la progression incontrôlée des dépenses pour soins de santé (7,5% par an en moyenne entre 2000 et 2009) et de mettre en place un taux maximal de progression des dépenses de santé pour la période 2011-2014, tel qu'il a été estimé dans l'analyse faite par l'UEL dans sa feuille de route précitée.

Une réelle maîtrise des dépenses de santé doit permettre de réaliser 300 millions d'euros d'économies par rapport à la situation à politique constante et permettrait d'éviter d'augmenter les cotisations sociales ou la contribution de l'Etat au financement du système de soins de santé.

La question qui se pose est de savoir pendant combien de temps la croissance inflationniste des dépenses de santé pourra se poursuivre de manière aussi complètement déconnectée de la création réelle de richesse.

Dans son analyse, l'UEL propose un taux de progression maximal des dépenses pour soins de santé dégressif. Ainsi l'objectif de l'UEL est de ramener progressivement le niveau des dépenses de santé

par habitant (4.210 USD en 2006, ajustées sur la base de la parité de pouvoir d'achat des monnaies) au niveau de la moyenne de l'OCDE (3.060 USD pour l'ensemble des pays de l'OCDE en 2008).

La proposition de l'UEL vise à contenir l'évolution des dépenses pour soins de santé dans des limites raisonnables. L'idée est de déterminer pour les prochaines années un taux de progression maximal des dépenses pour soins de santé qui serait décroissantes au fil du temps jusqu'en 2014.

Le tableau ci-dessous donne le détail de la proposition de l'UEL:

<i>Année</i>	<i>Taux de progression maximal des dépenses pour soins de santé</i>	<i>Taux d'augmentation moyen par an entre 2011 et 2014 (à titre indicatif)</i>
2011	3,0%	1,5%
2012	2,0%	
2013	1,0%	
2014	0,0%	

Le scénario de l'UEL, auquel se rallient la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers, est tout à fait réalisable au vu des considérations qui suivent:

- *Organisation hospitalière*: réduction d'environ 450 le nombre de lits aigus dans l'ensemble du pays de manière à aligner le nombre de lits aigus par habitant au niveau de la moyenne de l'OCDE, avec pour conséquence à terme une réduction des effectifs et des coûts hospitaliers;
- *Spécialisation des hôpitaux en matière de services offerts*: ceci aura pour conséquence une annulation de certains services offerts actuellement par les différents hôpitaux;
- *Centralisation des activités administratives et autres des hôpitaux*: ainsi, les hôpitaux devront utiliser le même software informatique et organiser en commun d'autres activités tels que les achats centralisés, les analyses biologiques, les services de stérilisation, le catering, le nettoyage etc.;
- *Limitation de la démographie médicale* tant en milieu hospitalier qu'en milieu extrahospitalier;
- *Mise en œuvre d'une nouvelle nomenclature* tant pour les actes médicaux que pour les laboratoires privés d'analyses médicales;
- *Limitation de l'activité des laboratoires hospitaliers* à des cas d'urgence en intégrant dans cette stratégie le Laboratoire National de Santé (LNS);
- *Alignement du niveau de remboursement des médicaments* sur le prix des médicaments génériques;
- *Augmenter la participation des assurés/déremboursement de certains médicaments ou actes médicaux*, tout en veillant à ne pas porter préjudice aux personnes les moins bien loties, voire de ne pas les écarter du système.

Par rapport au scénario à politique constante, la proposition de l'UEL permettrait de réaliser des économies de l'ordre de 338 millions d'euros par an en 2014, soit 159 millions d'euros de plus que les propositions de réduction du taux de progression des dépenses pour soins de santé prévues par le Gouvernement dans le projet de loi sous avis (4% par an en moyenne au cours de la période 2011-2014).

Avec des économies de l'ordre de 338 millions d'euros par an en 2014, la maîtrise des dépenses pour soins de santé permettrait de résorber à elle seule le déficit de l'assurance maladie-maternité prévu par l'IGSS, soit 221 millions d'euros par an en 2014.

De telles économies peuvent être principalement réalisées par le biais de la maîtrise des coûts, sans augmenter substantiellement la contribution des assurés.

3. Après l'introduction du statut unique: un certain nombre d'engagements à l'égard des entreprises restent en souffrance

Même si les soins de santé constituent le pilier le plus important de l'assurance maladie, l'assurance maladie couvre également les prestations en espèces, c'est-à-dire le risque des absences pour cause de maladie ou d'accident.

Depuis l'entrée en vigueur du statut salarié unique le 1er janvier 2009, les entreprises supportent la très grande majorité du financement de la couverture du risque des absences pour cause de maladie ou d'accident dû à la généralisation de la continuation du paiement du salaire des travailleurs pendant une période allant jusqu'à la fin du mois au cours duquel se situe le 77^e jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de 12 mois de calendrier successifs.

Cette généralisation n'a pas manqué de grever davantage les charges des entreprises, alors qu'un certain nombre d'engagements pris par le Gouvernement dans ce cadre restent en souffrance. Il s'agit en l'occurrence (i) de l'opposabilité des résultats des contrôles administratifs effectués par la CNS et des contrôles médicaux aux salariés dans le cadre de la gestion de l'absentéisme par les entreprises, (ii) de l'augmentation du nombre des contrôleurs de maladie, (iii) le contrôle des salariés frontaliers par les autorités compétentes de leur pays de résidence (voire par les agents de la CNS sur la base d'accords internationaux à conclure), (iv) du paiement de certaines majorations indues pour les salariés portés malades, (v) de la révision du système des indemnités de départ pour les entreprises en difficulté et enfin (vi) de la neutralité financière du statut unique au niveau interprofessionnel.

Maintenir les charges sociales des entreprises au niveau actuel constitue un impératif alors que cela constitue un des seuls avantages dont dispose le Luxembourg en matière de compétitivité-coût.

Cet engagement des entreprises en matière de prestations en espèces devra logiquement avoir pour contrepartie une responsabilisation accrue des assurés en matière de prestation en nature. Ceci est d'autant plus justifié que la prise en compte du risque en question relèvera dorénavant des seules entreprises alors que les anciens ouvriers, voire les travailleurs effectuant une activité à dominante manuelle, verront la surprime qu'ils versent à ce stade à la Mutualité des Employeurs supprimée. Ceci aura comme conséquence que ces assurés verront leurs cotisations à la CNS diminuer et partant leur salaire net relever à due concurrence.

Dans ce contexte, il est inconcevable que le Gouvernement table sur un relèvement des contributions patronales, d'ailleurs contraire aux accords tripartites du passé, ce d'autant plus que les entreprises viennent d'assumer le coût de l'introduction du statut unique et qu'un certain nombre d'engagements pris à leur égard dans ce contexte restent en souffrance.

4. Peu de transparence tant au niveau de l'impact financier de la réforme que du contenu des futurs règlements grand-ducaux d'exécution

Le projet de loi sous avis ainsi que les amendements adoptés en date du 12 et 25 novembre 2010 renvoient près d'une vingtaine de fois à des règlements grand-ducaux d'exécution dont le contenu n'est pas connu à la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers. Ces règlements grand-ducaux d'exécution du projet de loi sont pourtant essentiels à la mise en œuvre adéquate de la réforme du système de soins de santé.

Dès lors, on peut considérer la date d'entrée en vigueur de la loi comme étant tout à fait théorique, en attendant les projets de règlement grand-ducaux d'exécution y afférents.

Pour ce qui est des modifications prévues du Code de la Sécurité Sociale (ci-après „CSS“), le projet renvoie à treize règlements grand-ducaux (article 1er points 8°, 10°, 11°, 12°, 21°, 30°, 32°, 35°, 36°, 39°, 42°, 55° et 66°) tandis que pour les modifications envisagées à la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, six renvois à des règlements grand-ducaux d'exécution sont prévus (article 2 points 9°, 12°, 14°, 15° et 17°) tout comme un autre dans le cadre de l'article 5.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers sont d'avis que le projet de loi a été rédigé à la hâte, sans consultation suffisante des acteurs impliqués et ce dans un climat de méfiance mutuelle. Ces faits ne sont propices ni à la promotion du modèle social ni à la mise en place d'une gouvernance supportée par toutes les parties en cause.

Même si certains éléments du projet de loi vont dans la bonne direction, un projet de réforme plus fondamental, notamment en matière de gouvernance, prévoyant des mesures plus incisives devrait être engagé.

Cette façon de légiférer n'ajoute pas à la transparence de la politique en matière de santé et de sécurité sociale et ne suscite guère la confiance des chefs d'entreprises et des organisations représentatives des intérêts des entreprises dans la capacité des autorités à mener à bien des réformes structurelles cohérentes, susceptibles de solutionner les problèmes qui se posent dans le long terme.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers regrettent que le projet de loi ne comporte ni fiche d'impact financier, ni simulations chiffrées, ni de fiche d'impact sur les entreprises. Malgré l'absence de projections financières, les deux chambres professionnelles réfutent l'objectif affiché de réduction immédiate des dépenses alors que le projet de loi, prévoyant de nombreuses mesures devant être mises en place, donc financées par la CNS, n'aboutira pas à réduire les dépenses mais au contraire à les augmenter.

C. La grande absente: La réforme du fonctionnement de la CNS sur base d'un concept global de gouvernance de l'assurance maladie

Suite à la présentation de l'avant-projet de réforme du système de soins de santé, l'UEL avait réagi publiquement en date du 24 juillet 2010 en affirmant que la collaboration au sein du comité directeur de la CNS était devenue impossible:

„Soucieux d'établir un budget de la Caisse nationale de santé (CNS) en équilibre pour 2011, les représentants des organisations patronales ont au cours des derniers mois vainement insisté pour que les paramètres nécessaires à cette tâche soient mis à leur disposition. Il s'agit en l'occurrence de l'impact chiffré des réformes annoncées pour 2011. Or, à ce jour ni le Ministre ni le président de la CNS n'ont donné suite à cette requête.

Par ailleurs, le Ministre, en fixant l'ordre de grandeur tant des participations des assurés et de certains prestataires que des augmentations des recettes des cotisations, se substitue aux gestionnaires de la CNS, donc aux partenaires sociaux. Cette approche est contraire aux dispositions légales en vigueur concernant l'administration de la CNS et contradictoire par rapport au mandat confirmé expressément par le Ministre lors de la réunion du comité quadripartite du 24 mars 2010.

Pour les organisations patronales, cet état de fait place les partenaires sociaux et gestionnaires de la CNS dans l'impossibilité d'honorer les attributions qui leur reviennent de par la loi. Dans ces conditions, l'UEL a signalé au Ministre qu'une collaboration de la part des représentants patronaux au sein de la CNS est devenue inutile. Elle a fait appel au Ministre pour qu'il adapte dans le cadre de la réforme en cours les textes du Code de la Sécurité sociale à la pratique des dernières années.“

Plus particulièrement, l'UEL a proposé un certain nombre de réformes structurelles devant améliorer la gouvernance de la CNS, propositions auxquelles se rallient la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers dans le cadre du présent avis.

1. Réformer en profondeur le fonctionnement de la CNS

Les deux chambres professionnelles, tout comme l'UEL, demandent une séparation claire entre les fonctions exécutives (gestion) et fonctions non exécutives (supervision) au sein de la CNS.

Pour l'heure, le comité directeur de la CNS est composé de représentants des salariés, de représentants des non-salariés, de représentants des entreprises et présidé par un fonctionnaire de l'Etat. Or, le rôle et les missions du comité directeur de la CNS sont beaucoup trop vagues et générales. L'article 45 § 2 du Livre 1er du Code de la sécurité sociale prévoit que:

„Le comité directeur gère la caisse [nationale de santé] dans toutes les affaires qui n'ont pas été déléguées à un autre organe par les lois ou les règlements.“

Les difficultés de fonctionnement de la CNS proviennent en partie de la confusion qui existe au niveau de la CNS entre fonctions exécutives et non exécutives.

Aux yeux des deux chambres professionnelles, l'actuel comité directeur devrait jouer le rôle d'un comité de surveillance, c'est-à-dire fixer les grandes orientations stratégiques et financières de la CNS, mais certainement pas interférer dans la gestion quotidienne de la CNS.

Dès lors, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers demandent une réforme en profondeur des structures de la CNS à travers:

- la création d'un comité de surveillance composé de représentants des salariés, de représentants des non-salariés et de représentants des entreprises et de représentants de l'Etat. Ce comité de surveillance, composé de représentants des contributeurs financiers à l'assurance maladie, serait totalement légitime pour définir les grandes orientations stratégiques et financières de la CNS;

- *la création d'une direction exécutive* composée de gestionnaires professionnels et chargée de la gestion quotidienne de la CNS. Ces gestionnaires pourraient parfaitement provenir du secteur privé et pas exclusivement de la fonction publique. La direction exécutive serait par conséquent responsable devant le comité de surveillance;
- *la mise en place d'un contrôle externe* (réviseur aux comptes indépendant) chargé de vérifier les données comptables et financières transmises par la direction exécutive au comité de surveillance et susceptible d'être mandaté par ce dernier pour toute mission de contrôle ou de vérification indépendante.

Pour faciliter le fonctionnement du comité de surveillance, les deux chambres professionnelles demandent une plus grande transparence financière à travers une comptabilisation distincte des différents risques gérés par la CNS (soins de santé, prestations en espèce, dépendance, maternité), mais également à travers l'introduction d'une comptabilité analytique et l'amélioration du partage des données. Il devrait également être procédé, tel que cela a été discuté lors de l'introduction du statut unique, à la fusion avec les caisses de maladie publiques résiduelles.

Au-delà, elles demandent pour le compte des organisations patronales réunies au sein de l'UEL à être davantage associées aux grandes orientations du système de santé qui sont décidées en dehors de la CNS, en l'occurrence celles prises en matière d'organisation et de politique hospitalières.

2. Réduire les frais administratifs de la CNS

Au cours des dix dernières années les frais d'administration ont connu une augmentation moyenne de 5,37% par année, soit une croissance totale de 83%. A titre de comparaison, les deux chambres professionnelles tiennent à rappeler que l'indice à la consommation a évolué de 26% dans la même période.

Selon ses propres estimations, les coûts totaux de la CNS verront une croissance de 79,7 millions d'euros pour la période 2009/2010. La CNS prévoit une augmentation des frais de fonctionnement de 6,5 millions d'euros pour la même période, ce qui représente 8,16% de la croissance totale du budget CNS.

Les économies d'échelles, retenues lors des discussions sur l'introduction du statut unique, sont à l'état actuel inexistantes. Au contraire, une augmentation des coûts de quelque 10% sera réalisée entre 2009 et 2010.

Il semble d'ailleurs que les frais d'administration soient directement liés aux dépenses totales de la CNS. Effectivement, on peut constater que les frais de gestion se situaient pendant les 5 dernières années entre 3,3% et 3,5% des dépenses totales. A première vue, il semble donc que ces derniers soient calculés sur base d'une lettre-clé et non pas en fonction des coûts réels.

Il va de soi qu'un gestionnaire qui n'est pas en mesure de gérer efficacement ses propres coûts et qui exige en même temps des prestataires de réduire leurs coûts n'est pas crédible. Dès lors, il est impératif que la CNS prenne les devants en termes d'économies financières afin de servir d'exemple à l'ensemble du domaine de santé.

Le regroupement de cinq caisses de maladie doit impliquer des économies d'échelles et en conséquence la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers plaident pour une revue en détail des frais d'administration. D'ailleurs, les deux chambres professionnelles demandent à ce que les caisses de maladie publiques, restées à l'écart lors de l'introduction du statut unique, soient intégrées à la CNS.

3. Réformer le fonctionnement des institutions liées à l'assurance maladie en vue de gagner en efficacité et gouvernance

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers relèvent que le projet de loi est en défaut de s'attaquer au problème fondamental lié à la composition, au fonctionnement et à la communication d'informations entre toutes les institutions existantes (et à créer conformément au présent projet de loi) liées à l'assurance maladie. S'il est vrai que le projet de loi vise à modifier la composition de certaines d'entre elles, en renforçant les pouvoirs de l'Etat et en diminuant ceux des représentants des assurés et des entreprises, les auteurs du projet n'agissent pas dans un concept global de modernisation de la gouvernance du système de soins de santé luxembourgeois.

Outre les recommandations faites dans le cadre de la gestion de la CNS, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers invitent le Gouvernement à se concerter avec les parties concernées pour développer un concept de gouvernance de l'assurance maladie qui permette de gagner en efficacité, en transparence, en communication et qui permettra aux institutions de prendre les décisions de manière consensuelle en parfaite connaissance de cause.

Aux yeux des deux chambres professionnelles, la gouvernance est l'élément central autour duquel doit se bâtir une future réforme substantielle du système de soins de santé luxembourgeois; la nécessité de réduire les dépenses en vue de parvenir à la stabilisation financière de l'assurance maladie ne pouvant être décidée dans la structure actuelle.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers se limiteront à citer un exemple d'inefficacité de la gestion actuelle au niveau des institutions impliquées dans les prises de décisions: le développement du secteur hospitalier au Luxembourg est décidé au sein de la Commission permanente pour le secteur hospitalier (donc par l'Etat et les médecins, majoritairement représentés) et les infrastructures financées conjointement par l'Etat (80%) et la CNS (20%). Toutefois, les coûts indirects découlant des décisions prises au sein de cette Commission, à savoir les frais de personnel, frais administratifs et frais de maintien des établissements nouvellement construits ainsi que le remboursement des prestations médicales y effectuées (frais qui à long terme sont supérieurs au coût de l'infrastructure), sont automatiquement à la charge de la CNS, financée majoritairement par les assurés et les entreprises. Le mécanisme actuel a pour effet de mettre à charge de la CNS des dépenses sur lesquelles elle n'a que très peu d'influence de décision, étant entendu que certaines décisions de développement du secteur hospitalier peuvent être basées sur des considérations politiques et qui méritent un contrepois accru des assurés et entreprises qui financeront ces décisions durant de nombreuses années.

Cet exemple peut être étendu à l'intégralité des institutions liées à l'assurance maladie, ce qui explique la position des organisations patronales de vouloir se désengager des institutions au sein desquelles elles ont l'impression de ne pouvoir exercer leur mission.

D. Les mesures envisagées par le projet de loi

1. Premier axe important: „Réaliser une meilleure offre de soins“

a) Le conventionnement des prestataires de soins

Au Luxembourg, tous les prestataires de soins sont obligatoirement conventionnés et, à ce titre, sont obligés de respecter les nomenclatures et les tarifs maxima tels qu'ils sont définis par les lois, règlements, conventions et statuts en vigueur. A ce stade le conventionnement obligatoire est associé à une liberté thérapeutique absolue.

En raison des perspectives d'un revenu conséquent, le Grand-Duché de Luxembourg attire de plus en plus de médecins établis dans les régions limitrophes. Alors que le nombre de médecins dépassent dans certaines spécialités et régions de loin les besoins réels de la population, toutes les études menées dans le domaine de la démographie médicale démontrent, sans grande surprise, que les coûts de la santé évoluent parallèlement à l'augmentation de la densité médicale. En effet, le conventionnement obligatoire ne pose aucun frein à la démographie des prestataires, augmentant ainsi le risque de dérive financière et de la surmédicalisation induite par une offre trop importante. Il échet également de constater que le conventionnement ne limite pas le phénomène de concentration des médecins dans les régions du pays à forte population au détriment des régions les plus rurales. Le conventionnement obligatoire n'est par ailleurs pas de nature à instituer une garantie quant à la qualité des soins dispensés par les prestataires.

Il coule partant de source que le système de conventionnement des médecins avec la CNS doit être revu pour y introduire davantage de sélectivité s'inscrivant à la fois dans une logique de restriction de l'offre et d'une qualité des soins dispensés, en l'adaptant aux besoins réels de la population du Grand-Duché.

Le contrôle de l'offre médicale n'a nullement comme but de restreindre l'accès des patients aux soins de santé, mais bien de limiter l'offre médicale aux besoins de la population du Grand-Duché.

Finalement le contrôle du nombre de prestataires ne doit pas se limiter aux médecins. D'autres prestataires de soins de santé, tels les kinésithérapeutes, se sont installés en grand nombre au Luxembourg

ces dernières années sans qu'il y ait un réel besoin médical. Pour ces prestataires une planification des besoins et, le cas échéant, une restriction de leur nombre s'impose donc aussi.

b) *Les nomenclatures des prestataires*

Un certain nombre de nomenclatures, notamment celles des actes médicaux et médicaux dentaires ainsi que des laboratoires, sont surannées et ce tant en raison de l'évolution de la médecine et des actes thérapeutiques que des progrès technologiques. Il en résulte que bon nombre d'actes sont surpondérés alors que d'autres mériteraient d'être davantage valorisés.

Alors que la nomenclature constitue un maillon central des systèmes de rétribution des différents prestataires, notre système de santé doit se doter d'un outil retravaillé dans le but d'augmenter et la transparence et l'équité du système. A défaut, le système prêterait davantage encore flanc aux déviations des prestataires pour devenir ingérable à terme.

c) *Les médicaments*

Les études récentes de l'OCDE constatent que l'accroissement des dépenses publiques et privées en produits pharmaceutiques a été ces dernières années l'un des principaux facteurs de progression des dépenses de santé dans nombre de pays de l'OCDE.

D'après les données de la CNS, les frais de médicaments en ambulatoire et hospitalier sont également en progression continue au Luxembourg. Ainsi, l'augmentation de 2009 à 2010 est estimée à 6% de ce chef. Pour l'année 2010, le budget des médicaments en ambulatoire prévoit un montant total de 170 millions d'euros, ce qui constitue 12% des prestations en nature, sans tenir compte des médicaments hospitaliers estimés à 50 millions d'euros, ce qui ajuste notablement l'importance de ce poste de dépenses. En considérant plus particulièrement les prestations en nature, cette position représente le 4ème groupe de dépenses importantes après les soins hospitaliers, les honoraires médicaux et les conventions internationales. Puisque des informations précises relatives à la consommation hospitalière de médicaments font défaut, l'analyse des dépenses ne peut produire des résultats exhaustifs satisfaisants.

L'objectif ultime pour la CNS doit consister à réduire toute consommation médicamenteuse superflue ou inutilement onéreuse. Par conséquent, il faudra procéder dans un premier temps à une campagne de sensibilisation et de responsabilisation de tous les acteurs, notamment aussi pour les assurés afin de les informer sur les risques de santé liés à sa consommation régulière de certaines substances auxquelles le recours semble trop facile et répandu ainsi que sur l'efficacité de médicaments de substitution, ayant le même effet thérapeutique que les originaux, mais à un coût moindre.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers approuvent aussi la proposition de vouloir modifier le système actuel des sanctions par l'introduction de normes à définir et à appliquer. Néanmoins en l'absence de propositions élaborées, il est fort douteux que le nouveau système de sanctions présentera des avantages en termes d'économies, tout en créant des contraintes administratives supplémentaires pour la CNS.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers adhèrent à l'approche de coresponsabilité de tous les acteurs du système en matière de distribution des médicaments, telle que celle-ci a été exposée dans le rapport final du groupe de travail „médicaments“ du 11 mars 2010, approche qui a comme but de garantir la même qualité de traitement à un coût modéré. L'assuré reste dans ce cadre libre de recourir à un médicament plus cher sous peine de voir augmenter sa participation, le remboursement se limitant au taux appliqué à la base de remboursement déterminée statutairement.

Les deux chambres professionnelles approuvent l'introduction d'une base de remboursement établie sur le prix des substituts, système qui existe déjà en France et en Belgique, et espèrent que cette mesure permettra à terme de faire également diminuer les prix surfaits de certains médicaments brevetés.

Evidemment ce système ne pourra fonctionner que si les différents acteurs assument chacun leur part de responsabilité et se déclarent prêts à faire fonctionner le système. Sous la forme actuelle, le projet de loi reste flou, voire laisse encore une trop grande marge de manœuvre et n'impose aucune obligation de résultat aux prestataires.

Une solution alternative consisterait à négocier des achats groupés auprès de l'industrie pharmaceutique. La réduction du coût des médicaments pourrait être atteinte d'une autre manière que par la

substitution. Ainsi, le Ministère de la Sécurité Sociale et le Ministère de la Santé pourraient négocier une enveloppe globale du coût des médicaments directement avec l'industrie pharmaceutique.

d) *Les laboratoires*

Le secteur des laboratoires extrahospitaliers a connu des mutations profondes au cours des années écoulées. Ainsi, les laboratoires privés extrahospitaliers ont connu un essor certain et une modernisation remarquable dans cette évolution, de même que le Laboratoire National de Santé (LNS).

Il y a lieu d'introduire un critère de qualité objectif, condition obligatoire pour le remboursement des actes de biologie médicale par la CNS. En adoptant des normes internationales reconnues, le Luxembourg pourrait se positionner à un niveau compétitif vis-à-vis des laboratoires étrangers et la CNS garantirait une qualité d'un niveau international reconnu à sa population protégée.

Il y a lieu de mettre sur un pied d'égalité les laboratoires en ce qui concerne la prise en charge des analyses extrahospitalières (ambulatoires). Dorénavant, les analyses ambulatoires effectuées par les laboratoires hospitaliers se trouvant dans l'enceinte de l'hôpital devront être prises en charge à l'acte (tarif) sous condition que si un hôpital souhaite dorénavant continuer à effectuer ce genre d'activité, il devra la financer intégralement par ses propres moyens (y compris le personnel, les investissements pour son équipement et pour ses immeubles). Un contrôle strict des activités de laboratoire ambulatoires et stationnaires des hôpitaux (notamment via le biais d'une comptabilité analytique) devra s'assurer que ces derniers ne fassent pas passer les analyses ambulatoires soumises à limitation comme des actes stationnaires non soumis à limitation.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers craignent que l'introduction d'une vraie comptabilité analytique à l'intérieur des laboratoires hospitaliers, lesquels n'ont pas l'habitude de comptabiliser des actes par postes de dépenses (ce qui est toutefois requis pour différencier les deux types d'actes – ambulatoire/stationnaire) risque d'être compliquée dans un délai aussi court. Aussi les deux chambres professionnelles proposent-elles une solution qui limitera les actes dès leur prescription par

- une sensibilisation du médecin traitant, respectivement des sanctions à la prescription au lieu des sanctions actuelles unilatérales à l'exécution; et
- la mise en commun des données d'analyses de biologie médicale sur un serveur de résultats accessibles par les médecins afin d'éviter des doubles prescriptions.

Dans un souci de rationalisation et de mise en concurrence des laboratoires hospitaliers, il conviendrait de constituer un seul laboratoire géré par tous les hôpitaux qui se limitera aux seules analyses stationnaires. Dans ce cadre, il y a lieu de vérifier si le bâtiment en construction pour le LNS ne pourrait pas être utilisé pour abriter ce seul et unique laboratoire hospitalier. Faut-il rappeler que la construction d'un bâtiment pour le LNS est déjà en cours, sans que l'on sache quelles seront les compétences et tâches à y intégrer?

Pour ce qui est du LNS, il devra limiter ses activités au contrôle des aliments, des produits, à la réalisation des expertises requises pour l'examen des demandes d'autorisation de mise sur le marché (AMM) des médicaments et des réactifs, des aliments et de tout produit de manufacture ainsi qu'à des activités de formation et de recherche (et non opposable à la CNS). Les analyses médicales effectuées aujourd'hui par le LNS devront dorénavant être faites par les autres acteurs nationaux, respectivement en ce qui concerne les analyses rares et plus compliquées en collaboration avec des laboratoires internationaux.

Finalement, dès qu'un traitement égalitaire est garanti entre les laboratoires hospitaliers et privés effectuant des analyses extrahospitalières, il y a lieu de réformer en profondeur la nomenclature des laboratoires. S'il est vrai que certains actes sont sous-évalués, il est aussi vrai que beaucoup d'autres sont, en raison de la haute automatisation des analyses, totalement surévalués. Le présent projet de loi portant réforme du système de soins de santé devrait dès lors avoir comme conséquence de baisser significativement les coûts et, par conséquent, les dépenses de tout le secteur.

Tandis que les laboratoires hospitaliers bénéficient de forfaits négociés avec la CNS, les laboratoires privés extrahospitaliers sont remboursés à l'acte (tarif) sur base d'une nomenclature et d'une lettre-clé. Ces actes ne sont pris en charge par la CNS pour les laboratoires privés qu'à raison de douze actes au maximum par ordonnance – sauf dérogation. Cette mesure d'économie pour la CNS vaut aussi bien pour les analyses exécutées par un laboratoire hospitalier que par un laboratoire extrahospitalier.

Au final, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers souhaitent qu'une meilleure répartition des tâches soit effectuée en matière d'analyses médicales. D'un côté, les analyses en urgence doivent continuer à être effectuées au sein des hôpitaux. Les analyses stationnaires non urgentes doivent être effectuées au sein des hôpitaux qui devraient à terme se regrouper pour réaliser des économies d'échelle. Toutes les autres analyses (secteur ambulatoire) devraient pouvoir être réalisées par des laboratoires privés.

Il serait souhaitable que le LNS s'inscrive dans une stratégie cohérente d'organisation d'analyse médicale. Il faut dans tous les cas éviter que le LNS n'empiète sur les activités des laboratoires hospitaliers et privés décrites ci-avant et ne bénéficie d'une exclusivité pour certaines analyses qui sont en pratique sous-traitées à l'étranger, tandis qu'il existe au Luxembourg des laboratoires performants qui pourraient les réaliser.

e) *La prise en charge directe*

La santé est notre bien le plus précieux. Mais la santé aussi un prix. Il est temps d'abandonner l'idée de la gratuité des services de santé, idée bien répandue dans le public. Concernant le principe de l'introduction d'un système dit du „tiers payant généralisé“, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers craignent que cela ne fera que renforcer l'idée de la gratuité des services de santé et qu'un des derniers freins à la consommation médicale sans limite tomberait. La situation financière de l'assurance maladie est suffisamment critique pour nécessiter une prise de conscience accrue auprès de tous les assurés sur le coût qu'ils constituent pour le système.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers s'opposent à l'introduction d'un système du tiers payant généralisé, alors que le tiers payant actuel couvre déjà un large éventail de services et soins de santé notamment une partie des soins hospitaliers, les médicaments et les analyses médicales. Comme le démontrent d'ailleurs les chiffres, ce sont ces trois postes qui sont à l'origine de l'explosion des coûts du système de l'assurance maladie.

Quant au souhait du législateur d'introduire le tiers payant social pour les assurés à faible revenu, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers peuvent l'accepter sous quatre conditions:

- les modalités de prise en charge seraient à fixer par les statuts de sorte à se limiter strictement à un cercle de bénéficiaires bien défini et restreint;
- les prestataires de soins de services doivent accepter le tiers payant social sans demander en contrepartie un paiement pour „service rendu“ à l'assurance maladie;
- il faudra mettre sur pied un système de contrôle strict et efficace des prestations effectuées sous le tiers payant social afin d'éviter des abus tels qu'intervenues récemment en Belgique où une soixantaine de médecins-dentistes ont écopé d'une sanction administrative alors qu'ils sont accusés d'avoir abusé du recours au tiers payant, qui permet aux patients moins nantis d'accéder aux soins sans frais;
- la fermeture de toutes les agences de la CNS. Faut-il en effet rappeler, que la CNS a maintenu, malgré l'objectif de fusion, un réseau d'agences coûteux dont l'utilité est discutable et ceci en premier lieu pour venir à la rencontre des personnes à revenu faible? La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers refusent toute mesure additionnelle grevant davantage les frais administratifs de la CNS et insistent sur le caractère de double emploi que représenterait l'introduction du tiers payant social et du maintien des agences de la CNS. L'argument de vouloir transformer les agences de la CNS en agences multifonctionnelles de la sécurité sociale est aussi à rejeter en raison de son coût, de ses problèmes au niveau de l'organisation et de moyens d'informations alternatifs.

f) *Le dossier de soins partagé électronique et le partage des données*

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers plaident depuis des années pour l'introduction d'un dossier médical électronique et le partage de données et soutiennent en conséquence les efforts entrepris par le présent projet de loi dans ce domaine.

Selon le projet de loi sous avis, le dossier de soins partagé ainsi que le partage de données seraient donc implémentés par une nouvelle Agence nationale des informations partagées. Aux yeux des deux chambres professionnelles, la priorité devrait avant tout définir les objectifs de haut niveau de la réforme envisagée.

Le dossier de soins partagé et le partage des données doivent s'inscrire dans une politique de santé nationale visant à réduire les coûts tout en assurant des soins de qualité. La définition du dossier de soins partagé ou du partage de données ne peut être laissé intégralement à la libre appréciation des représentants de l'Agence, qui pour une majorité sont aussi des prestataires de santé. L'agence devra par conséquent s'occuper principalement de la mise en place technique du dossier médical électronique et non pas de la définition dudit projet.

Le dossier de soins partagé du patient est en discussion depuis des années, cependant aucun résultat concret n'est établi à ce jour. Quelles en sont les raisons? Les deux chambres professionnelles estiment que l'absence d'une définition claire des buts recherchés ainsi que l'établissement d'un calendrier fixe sont à la base de l'échec de cette discussion.

Dans le contexte du dossier médical personnel, on retrouve dans l'exposé des motifs que le projet s'étalera sur „au moins 5 ans“. Concernant la mise en place du partage de données, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers demandent qu'un calendrier précis soit élaboré et que l'agence en question soit obligée de respecter ces délais.

Les deux chambres professionnelles plaident pour qu'un minimum de fonctionnalités soit implémenté:

- harmonisation des systèmes informatiques des hôpitaux permettant l'échange et le partage de données;
- centralisation de toutes les informations relatives à la santé de l'assuré, incluant l'imagerie, les analyses laboratoires, visites médicales, les prescriptions;
- accès protégé „online“ et identifié du corps médical avec double authentification (par exemple carte patient + carte docteur/identification et historique des accès);
- possibilité pour le patient de visualiser le contenu de son dossier;
- utilisation de ces données à des fins de surveillance et de statistiques: consommation, détection de surconsommation et fraude, redondance de traitements;
- création d'un „data-warehouse“ de la santé au Luxembourg. En anonymisant les données, toutes sortes de statistiques pourront être effectuées sans pour autant violer la législation sur la protection des données. Ces statistiques permettront entre autres d'effectuer des analyses de coût-efficacité afin de garantir l'efficacité économique des soins hospitaliers;
- harmonisation des systèmes et des normes comptables dans le milieu hospitalier permettant une transparence absolue et garantissant une comparabilité entre hôpitaux.

Il est évident et indispensable que tous les prestataires, incluant les médecins et autres prestataires, hôpitaux, laboratoires et pharmacies devront être dans l'obligation d'utiliser un système identique afin d'optimiser la démarche. Tout investissement, via les budgets de la CNS ou de l'Etat, n'étant pas conforme à la mise en place d'un tel système devra être catégoriquement refusé.

Il semble illusoire de vouloir implémenter ces projets à court ou même moyen terme. Cependant, il importe aux yeux des deux chambres professionnelles de prévoir dès le départ un système qui pourra évoluer et ceci sans engendrer des coûts redondants. Une stratégie comportant des objectifs à court terme et clairement définis devra être mise en place rapidement.

g) Le financement des prestations de maternité

Le projet de loi prévoit le remplacement du financement direct actuel de l'Etat par une participation par celui-ci aux cotisations en incluant les prestations de maternité dans le financement normal par cotisation, à l'instar de tous les autres risques couverts par la CNS.

Le texte prévoit encore d'honorer sa participation au niveau de 2010 de façon à ce que les augmentations du coût de l'assurance maternité seront assumées de façon tripartite. En d'autres termes, les partenaires sociaux devront assumer à l'avenir les frais d'assurance maternité, ce qui constitue un revirement de l'approche de la politique en la matière qui est inacceptable pour la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers. Il n'est pas légitime en effet de transférer à terme des charges à la CNS pour alléger les finances publiques. Il aurait été beaucoup plus judicieux au contraire de contrecarrer l'explosion des coûts qui résultent notamment de la pratique très répandue dans certains secteurs de dispenser purement et simplement les personnes enceintes de leur travail.

La dotation spéciale maternité de 20 millions d'euros que l'Etat prévoit d'allouer en 2011 et 2012 à la CNS pour neutraliser l'impact du transfert des prestations de maternité vers le régime général est insuffisante alors que cette modification nécessiterait une dotation de l'ordre de 34 millions d'euros par an.

Pour toutes ces raisons, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers s'opposent au transfert de la charge liée aux prestations de maternité de l'Etat vers les assurés et les entreprises.

2. Deuxième axe important: „La rationalisation de l'offre hospitalière“

a) La planification hospitalière

Aujourd'hui, la planification hospitalière concernant les nouvelles structures ou services se fait au niveau du Ministère de la Santé, la CNS demandée en son avis à travers notamment la „Commission permanente pour le secteur hospitalier“ (CPH). Or, chaque nouvelle structure, chaque nouveau service engendre des frais inhérents (personnel, équipement, amortissement, etc.) qui sont à la charge exclusive de la CNS. Par conséquent, la CNS doit avoir un droit de regard sur les décisions en la matière, voire même un pouvoir de codécision.

Notre pays dispose toujours d'un surplus de lits stationnaires mais aussi de services hospitaliers vis-à-vis des besoins médicaux réels de la population. Ceci est mis en évidence par la comparaison avec des pays étrangers ayant une population indigène semblable. Ainsi d'après l'OCDE, au Luxembourg, le nombre de lits d'hôpitaux pour soins aigus est de 4,5 lits sur mille habitants en 2008, ce qui constitue un nombre supérieur à la moyenne des pays de l'OCDE (3,6 lits sur mille habitants), alors que la réduction du nombre de lits d'hôpitaux dans la plupart des pays de l'OCDE au cours des 20 dernières années a coïncidé avec une réduction de la durée moyenne des séjours à l'hôpital et une augmentation du recours à la chirurgie de jour (chirurgie ambulatoire). Réduire le nombre de lits aigus au niveau de la moyenne de l'OCDE représenterait une réduction d'environ 450 lits aigus au cours des prochaines années (soit une réduction de 20%) avec pour conséquence une réduction sensible des effectifs et des dépenses en matière hospitalière estimée à environ 100 millions d'euros par an.

La diffusion des technologies médicales modernes est l'un des facteurs principaux de l'augmentation des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE. Par exemple, le nombre d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) utilisés pour diagnostiquer de nombreuses maladies a fortement augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE au cours des 10 dernières années (Eco-Santé OCDE 2010: Comment le Luxembourg se positionne).

Au Luxembourg, le nombre d'IRM est passé de 1 appareil en 2000 à 6 appareils en 2008, ce qui a également entraîné une multiplication par 6 du nombre de personnels nécessaires à faire fonctionner les IRM.

Il y a donc lieu de remettre en question toutes les structures et services hospitaliers existants et, le cas échéant, de réduire leur nombre. Les plans hospitaliers successifs n'ont malheureusement été qu'une reconduction d'une situation existante assurant à chaque établissement hospitalier l'offre de la gamme la plus vaste de services. Le déploiement d'une véritable stratégie s'impose désormais dans le double but de spécialiser davantage les hôpitaux au regard des services offerts et dans le souci de garantir une meilleure qualité des prestations ce qui devra aboutir dans une réforme globale de la loi hospitalière, qui n'est pas prévue par le projet de loi sous avis.

De même, la mise en place d'une filière de soins à l'intérieur des établissements, mais aussi entre les hôpitaux, la création de centres de compétences et le renforcement de la coopération transfrontalière, qui sont à soutenir, ne devra pas avoir comme conséquence l'ouverture de nouvelles structures à côté des structures existantes, mais bien la fermeture éventuelle des structures superflues. Des marges de manœuvre subsistent donc en ce qui concerne la rationalisation des services et des actes médicaux au sein des hôpitaux.

Or, même si le projet de loi initial prévoit la création de ces différents instruments, il reste malheureusement lettre morte quant à la transposition effective de ces derniers.

Quant à l'organisation commune de certaines activités hospitalières, il est impératif de commencer à centraliser les activités administratives. Ainsi, les hôpitaux devront utiliser le même software informatique et renforcer leur coopération en matière d'achat en commun de médicaments et des équipements et fournitures pour tous les hôpitaux.

L'organisation commune d'autres activités doit être réalisée tels les analyses biologiques, les services de stérilisation etc. L'outsourcing en commun doit être réalisé pour les activités telles que le catering, le nettoyage etc.

b) *La chirurgie ambulatoire*

Dans de nombreux domaines, il est impératif de renforcer la tendance (trop timide à ce stade) vers plus de chirurgie ambulatoire. La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers constatent et regrettent l'attitude plutôt défensive tant du Ministre ayant la Santé dans ses attributions que des hôpitaux envers cette nouvelle approche. Par ailleurs, il existe d'autres activités qui ne doivent pas être exclusivement effectuées en milieu hospitalier, notamment la radiologie.

La chirurgie ambulatoire doit être renforcée et constituer à terme le mode d'intervention standard pour la grande majorité d'interventions chirurgicales. Cette approche doit nécessairement aboutir à une réduction en parallèle du nombre des lits aigus dans les hôpitaux.

c) *La démographie médicale en milieu hospitalier*

Le principe de la limitation de l'offre doit aussi jouer dans l'agrément des médecins en milieu hospitalier. Seul le nombre de médecins correspondant aux besoins médicaux réels doit recevoir un agrément dans les hôpitaux et leurs actes seuls doivent être opposables à la CNS. D'ailleurs en réajustant la planification hospitalière en renforçant l'ambulatoire, les filières de soins, les centres de compétence et la coopération transfrontalière, les besoins réels en médecins agréés dans les hôpitaux luxembourgeois devraient encore diminuer. De plus, en instituant au Luxembourg des critères de qualité des soins reconnus à l'étranger, les interventions multiples souvent nécessaires pour un même patient devraient pouvoir être réduites et par la même occasion avoir un certain effet positif sur la démographie médicale.

Il est donc à saluer que le projet de loi prévoit la possibilité d'une limitation des médecins agréés dans les hôpitaux. Néanmoins, ce même projet de loi dispose que leur nombre sera à l'avenir prédéfini dans le cadre du budget hospitalier, qui sera dorénavant décidé par le Ministère et non plus négocié par la CNS. Donc les représentants des entreprises perdent tout moyen de contrôle et de décision.

Dans le futur, chaque contrat d'agrément devra aussi prévoir des sanctions financières, voire l'exclusion de l'hôpital du médecin concerné en cas de non-respect de la bonne gestion financière des ressources de l'hôpital. L'instauration de médecins-coordonateurs doit être saluée dans la mesure où ceux-ci s'inscriront dans une logique tendant à renforcer l'organisation structurée de la médecine en milieu hospitalier. Pour ce faire les médecins-coordonateurs devront être incorporés dans la hiérarchie interne des hôpitaux et avoir le pouvoir de donner des directives aux autres médecins agréés ainsi qu'au personnel soignant en vue d'une utilisation rationnelle des ressources de l'hôpital. Ils doivent servir de charnière entre une véritable direction médicale des hôpitaux et les différents intervenants (corps médical, paramédical, etc.).

d) *La budgétisation des établissements hospitaliers*

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers soutiennent l'approche de la consolidation des budgets des différents hôpitaux dans le but de contraindre les hôpitaux à une collaboration plus cohérente.

A ce jour, les hôpitaux bénéficient de plusieurs sources de financement et il est difficile de générer une vue globale des finances du secteur hospitalier. Les deux chambres professionnelles plaident pour une consolidation de tous les budgets permettant ainsi une vue transparente sur les projets et leur financement.

La base de l'explosion des coûts dans le secteur hospitalier semble être liée à l'absence d'une coordination volontariste des missions et spécialisations des hôpitaux. Dès lors, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers plaident pour une définition claire et sans équivoque des missions de chaque hôpital. Tout budget ou remboursement d'actes non conformes aux missions attribuées devra être refusé.

A ce jour les hôpitaux ont tendance à autofinancer des services ou du matériel dont le financement est refusé par la CNS ou le Ministère de la Santé. Cependant, ces services et équipements génèrent des

coûts indirects, comme par exemple des frais de personnel, administratifs ou de maintien, qui sont eux financés par la CNS. L'autofinancement de services n'étant pas conforme aux missions attribuées devrait être interdit ou alors il conviendra de s'assurer que les coûts directs et indirects de ces services ne soient nullement supportés par la CNS ou d'autres budgets de santé.

Indépendamment de l'attribution des missions, les hôpitaux ont aujourd'hui tout intérêt, d'un point de vue financier, à générer le plus d'interventions possibles ou à occuper un maximum de lits. La réforme de l'assurance maladie devra par conséquent introduire un nouveau système d'attribution de budgets, qui ne doit en aucun cas se limiter à une comptabilisation des traitements ou des lits occupés.

e) *La comptabilité analytique*

Un des principaux outils permettant une bonne gestion financière est la comptabilité analytique. Il importe dès lors d'introduire une comptabilité analytique qui ne se limite pas à une répartition des coûts par clés définies sur base de surfaces utilisées.

En premier lieu, il est nécessaire de définir une seule norme de comptabilité analytique pour tous les hôpitaux. Effectivement à ce jour, les hôpitaux ont implémenté leur propre vision d'une comptabilité analytique et les chiffres ne sont actuellement pas comparables entre hôpitaux. Il importe de produire une comptabilité qui permette une vue d'ensemble sur tous les investissements et amortissements et ceci dans une transparence parfaite.

A court et moyen terme, il conviendra d'introduire les mêmes systèmes informatiques de gestion financière dans tous les établissements hospitaliers. Ceci apportera une standardisation qui facilitera l'échange de statistiques, la comparaison entre hôpitaux et avant tout l'analyse des chiffres par la CNS. Afin d'éviter des investissements redondants, la coordination et la mission de la mise en place devra être attribuée à la nouvelle Agence nationale de partage de données. Celle-ci devra garantir une parfaite intégration avec le projet portant sur le partage de données et encore le dossier de soins partagé.

A moyen terme, l'objectif doit être d'implémenter une comptabilité permettant d'analyser chaque acte individuellement au sein de l'hospitalier. A long terme, ceci permettra l'introduction d'une nomenclature des soins hospitaliers, garantissant ainsi la transparence financière du milieu hospitalier. Cette approche permettra également de définir un *benchmark* (une référence) pour les coûts des actes effectués en milieu hospitalier. Elle permettrait aussi de procéder à des comparaisons avec des hôpitaux situés dans la Grande Région et de réaliser à terme une convergence des coûts avec les établissements comparables situés de l'autre côté de la frontière.

Il convient enfin de noter que la législation et la jurisprudence européennes ne manqueront pas de requérir à terme une connaissance du coût par acte effectué en milieu hospitalier.

f) *Le Comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières*

Une bonne médecine ne se définit pas seulement par le nombre de soins de santé auxquels un assuré peut recourir mais aussi par la qualité des soins offerts. Même s'il est vrai que certains contrôles de qualité sont effectués au Luxembourg, ces derniers se limitent souvent à la qualité de la gestion des hôpitaux et non à la qualité des traitements et soins. Le manque de qualité peut entraîner un prolongement des soins respectivement la répétition inutile des actes, ce qui bien sûr coûte davantage au système.

Le projet de loi sous avis prévoit la création d'un „Comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières“ et introduit l'obligation pour les hôpitaux de mettre en place des comités d'évaluation au niveau de chaque établissement. Ce comité a comme mission de mettre en place par les établissements hospitaliers des mesures et instruments de gestion de risques, d'évaluation et de la qualité des prestations effectuées ainsi que la prévention, le signalement et la lutte contre les événements indésirables, y inclus la prévention et le contrôle de l'infection nosocomiale.

Les organisations patronales pensent que l'utilité de cet organe est justifiée en ce sens que des normes pour la qualité des prestations dans les hôpitaux seront enfin créées ce qui exige évidemment un apport en qualité de tous les prestataires. Néanmoins, la question de la valeur ajoutée des multiples organes de pilotage mis en place par voie légale mérite toutefois d'être posée.

Afin d'accroître la transparence en matière d'évaluation de la qualité en milieu hospitalier, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers demandent de publier les performances des différents hôpitaux mesurées sur la base de normes de qualité reconnues.

Les deux chambres professionnelles, tout en saluant donc la création d'un tel comité national, insistent pour que la coordination de l'assurance qualité ne se limite pas seulement aux prestations dispensées par le personnel hospitalier, mais englobe également les actes médicaux. Il faut donc que les prestataires se basent dans le futur sur des critères internationaux de qualité reconnus dans leurs traitements, reprenant notamment les droits des patients et leur information, la santé digitale, le temps d'attente pour bénéficier d'un traitement, les résultats en termes de santé des soins effectués, l'éventail et la portée des services offerts, les produits pharmaceutiques utilisés, etc.

g) La Commission permanente du secteur hospitalier

La „Commission permanente pour le secteur hospitalier“ (CPH), qui exerce des fonctions consultatives auprès des Ministres de la Santé et de la Sécurité Sociale, a pour mission de donner son avis sur:

- les projets de plan hospitalier,
- l'aide financière accordée par l'Etat aux investissements hospitaliers,
- les modifications concernant les services hospitaliers (autorisations, réductions ou suppressions de services),
- les normes d'aménagement et d'organisation des établissements hospitaliers,
- les projets d'établissement et de modification du plan comptable hospitalier,
- et en général sur tout ce qui touche le secteur hospitalier.

Les partenaires sociaux, membres du comité directeur de la CNS, sont représentés au nombre de quatre à la CPH, deux représentants des assurés et deux représentants des entreprises. Par l'intermédiaire de la Commission Permanente pour les Hôpitaux, le département de la sécurité sociale et la CNS, les partenaires sociaux ont donc la possibilité d'exprimer leur opinion sur tout ce qui touche l'organisation d'activités hospitalières que la sécurité sociale est amenée à financer.

Or, le projet de loi prévoit de diminuer le nombre des représentants de la CNS à trois (dont le président de la CNS, donc de limiter les partenaires sociaux à un représentant des assurés et un représentant des entreprises) et d'augmenter le nombre des représentants du ministre de la santé et de la sécurité sociale de trois à quatre. La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers ne peuvent que s'opposer à la diminution de la prise d'influence des partenaires sociaux dans la procédure de consultation de l'organisation du secteur hospitalier alors que les assurés et entreprises, contributeurs de la CNS, devront supporter la majeure partie des dépenses.

*

III. COMMENTAIRE DES ARTICLES

A. Modifications apportées au Code de la Sécurité Sociale (article 1er)

Concernant le point 1°

Le point 1 prévoit (i) d'introduire une condition de stage de six mois d'affiliation obligatoire à l'assurance maladie-maternité précédant immédiatement la perte de l'affiliation pour pouvoir être admis au régime de l'assurance maladie-maternité continuée ainsi que (ii) de réduire le délai pour la présentation de la demande en admission à l'assurance maladie-maternité continuée de six mois à trois mois.

Si la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers sont en mesure d'approuver l'introduction, à l'instar des exigences posées en matière d'octroi de l'indemnité pécuniaire de maladie et de maintien du droit à l'indemnité pécuniaire de maladie dans le cadre du contrat à durée déterminée, d'une condition de stage pour pouvoir être admis au régime de l'assurance maladie-maternité continuée, les deux chambres professionnelles relèvent que la réduction du délai pour la présentation de la demande en admission à l'assurance maladie-maternité continuée, tout en manquant de précision quant au point de

départ du délai de présentation, est conditionnée par l'information par le Centre commun de la sécurité sociale des assurés quant à leur désaffiliation.

Selon la formulation actuelle de l'article 2 alinéa 1 du CSS, la demande en admission à l'assurance maladie-maternité continuée doit se faire endéans un certain délai „suivant la perte de l'affiliation“. Or, il échet de constater dans la pratique que le Centre commun de la sécurité sociale n'informe les assurés de leur désaffiliation qu'avec un certain retard et généralement plus de trois mois après ladite désaffiliation. Imposer partant aux assurés de demander le maintien de leur assurance endéans les trois mois de leur désaffiliation risque de poser des problèmes lorsque les assurés ne sont pas informés de leur désaffiliation. Le manque d'information est d'autant plus exacerbé dans les situations où la désaffiliation est automatique, notamment en cas de cessation de plein droit du contrat de travail après l'écoulement de la période de 52 semaines d'incapacité de travail en vertu de l'article L. 125-2 du Code du travail. Cette problématique est encore accentuée par le maintien de la prise en charge des soins de santé pendant le mois en cours et les trois subséquents suite à la désaffiliation.

Il convient partant de préciser à partir de quel moment la perte de l'affiliation est effective, le cas échéant conditionner la désaffiliation par une information adressée à l'assuré.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers réfutent l'argument des auteurs du projet de loi de réduire le délai de présentation pour éviter „l'accumulation d'une dette de cotisation de 6 mois que l'assuré volontaire est souvent incapable de régler“ alors que le réel problème se situe au niveau de l'information adressée aux assurés par le Centre commun de la sécurité sociale.

Concernant le point 2°

Le point 2 vise à reformuler l'objet de l'assurance maladie-maternité décrit à l'article 8 du CSS afin de tenir compte de l'intégration des frais de maternité dans le régime général de l'assurance maladie-maternité.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers renvoient à leurs observations formulées contre l'intégration des prestations de maternité dans le régime général développées à l'endroit du point 19. Elles notent également que l'objet de l'assurance maladie-maternité sera notamment de participer à des mesures de médecine préventive. Si la médecine préventive est nécessaire et trouve l'entier appui des deux chambres professionnelles, il convient de relever que les auteurs du projet de loi tentent de faire intégrer les frais y relatifs dans le budget de la CNS, alors que ces mesures relèvent pour l'instant de la compétence du Ministère de la Santé, partant du budget de l'Etat.

Si les deux chambres professionnelles peuvent approuver le fait pour la CNS de se voir confier une compétence en matière de médecine préventive, elles ne sauraient en aucune façon accepter un transfert de la charge financière.

Concernant les points 3° et 4°

L'objet des points 3 et 4 est de reformuler les articles 10 alinéa 1 et 12 alinéa 1 à la lumière de la terminologie utilisée au sein du nouvel article 29 relatif à l'introduction d'un seul taux de cotisation pour l'assurance maladie-maternité.

Ces modifications terminologiques n'appellent pas de commentaire particulier, sous réserve des observations formulées à l'encontre du taux de cotisation à l'endroit du point 17.

Concernant le point 5°

Le point 5 vise à moderniser et élargir l'énumération à l'article 17 du CSS des soins de santé pris en charge par la CNS.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010, le neuvième point de l'article 17, visant la prise en charge des frais de séjour hospitaliers en cas de maladie et accouchement, a été modifié pour éviter une interprétation erronée dans le contexte d'une prise en charge ambulatoire, laquelle fait l'objet d'un nouvel alinéa.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers, sous réserve des observations formulées contre l'intégration des prestations de maternité dans le régime général à l'endroit du point 19, approuvent la reformulation de l'article 17 du CSS mais en appellent au législateur à s'assurer (i) que la nouvelle terminologie n'ouvre droit à des nouvelles prestations non prises en charge aujourd'hui et (ii) que l'intégralité des prestations figurant actuellement à l'article 26 du CSS soient bien visées par la liste de l'article 17, notamment en ce qui concerne les produits diététiques pour nourrissons.

Concernant le point 6°

Le point 6 entend restreindre le principe général du libre choix du prestataire en imposant à l'assuré de recourir aux services et soins dispensés dans les centres de compétences et les filières de soins intégrées, tels que définis dans la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

Le point 6 a été supprimé par les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers déplorent que, sous la pression de certains organes de représentation, les amendements gouvernementaux aient supprimé la restriction au libre choix du prestataire si des centres de compétences et les filières de soins intégrées sont mis en place. Aux yeux des deux chambres professionnelles, le rôle du médecin référent est de guider le patient dans un souci de soins effectifs et de rationalisation des coûts. Réorienter les patients vers les filières de soins et les centres de compétences semble une mesure proportionnelle à permettre une restriction au principe du libre choix du prestataire de soins.

Concernant le point 7° du projet de loi initial

Le point 7 entend élargir les possibilités de prise en charge de maladies non inscrites dans la nomenclature en remplaçant à l'article 19 alinéa 3 les termes de „pathologies inhabituelles“ par „cas graves et exceptionnels“.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers sont en mesure de marquer leur accord à cet élargissement de pathologies prises en charge mais suggèrent de remplacer la condition cumulative des „cas graves et exceptionnels“ par la condition alternative des „cas graves ou exceptionnels“. Cela permettra au comité directeur de continuer d'approuver la prise en charge de pathologies inhabituelles mais qui ne revêtent pas nécessairement les conditions cumulées de gravité et d'exceptionnalité.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers relèvent que le texte coordonné proposé par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale fait apparaître que le terme „graves“ est biffé alors même qu'aucun amendement parlementaire ne vise à supprimer cette condition de gravité. Partant, les deux chambres professionnelles s'interrogent s'il s'agit d'une erreur de mise en page ou si la Commission parlementaire entend donner suite à la recommandation du Conseil d'Etat.

Concernant le point 8° du projet de loi initial

Le point 8 consacre un nouvel article 19bis au médecin référent. Le rôle du médecin référent, auquel l'assuré recourt librement, est d'assurer le premier niveau de soins et de coordonner les soins administrés à l'assuré, par le biais du nouveau dossier de soins partagé, et être ainsi en mesure d'éviter la surconsommation de médicaments ou de détecter les contre-indications, tout en assurant des soins de prévention. Un règlement grand-ducal doit fixer les qualifications, les droits et obligations du médecin référent.

Les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 (i) précisent le rôle du médecin référent en ce qui concerne l'information du patient des risques liés aux doubles emplois, la surconsommation et les effets secondaires des médicaments et (ii) suppriment l'exigence que les qualifications, les droits et obligations du médecin référent soient fixées par voie de règlement grand-ducal, ceux-ci étant régis par voie conventionnelle conformément à l'amendement gouvernemental No 14.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010, (i) le terme „d'information“ du patient des risques liés aux doubles emplois, la surconsommation et les effets secondaires des médicaments a été remplacé par le terme „sensibilisation“ et (ii) il est précisé que le règlement grand-ducal devra également prévoir les modalités de remplacement du médecin référent en son absence.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers saluent l'introduction du médecin référent, mais sous la condition qu'il n'en résulte pas un dédoublement d'actes ni une augmentation des coûts.

Concernant le point 9° du projet de loi initial

Le contenu de l'actuel article 21 relatif au dossier médical des patients faisant l'objet d'une refonte dans le cadre des nouvelles dispositions prévu par le présent projet de loi eu égard au nouveau dossier de soins partagé, les auteurs du projet de loi proposent que l'article 21 reproduise le contenu de l'actuel alinéa 1 de l'article 22 du CSS.

Cette modification n'appelle pas de commentaire particulier.

Concernant le point 10° du projet de loi initial

Le nouvel article 22 reprend le contenu des alinéas 2 à 8 de l'article 22 et celui des alinéas 5 et 6 de l'article 47, afin de regrouper au sein d'un article dédié toutes les dispositions relatives à la liste positive des médicaments.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers regrettent que le règlement grand-ducal devant préciser les critères et déterminer la procédure relative à l'inscription d'un médicament sur la liste positive n'ait été mis à disposition des chambres professionnelles. Il convient en effet de relever qu'un certain nombre de points n'aient été abordés dans le cadre du présent projet de loi, notamment les modalités de la répartition des médicaments entre ceux étant quasi intégralement remboursés et ceux présentant un intérêt modéré dans la pratique médicale courante, ou encore le fait qu'il faille recourir à des experts de l'étranger pour l'établissement de la liste positive.

Concernant le point 11° du projet de loi initial

La réforme des soins de santé entend accroître le recours aux médicaments de substitution, d'égale qualité que le médicament original dont le brevet est expiré, mais moins onéreux. Le point 11 prévoit les modalités d'établissement et de maintien à jour des listes de groupes de médicaments de substitution, sur base desquelles une base de remboursement, applicable à tous les médicaments à même principe actif principal, est fixée. Les auteurs du projet de loi souhaitent également imposer au pharmacien l'obligation de proposer à l'assuré le médicament de substitution le moins cher du même groupe, alors qu'à ce jour le pharmacien est légalement tenu de fournir au patient les médicaments prescrits par le médecin.

Les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 (i) effectuent une adaptation terminologique de pure forme à l'alinéa 2 de l'article 22bis et (ii) biffent la mention de ce que le montant de la base de remboursement doit être publiée au Mémorial.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers accueillent favorablement la nécessité de prévoir un dispositif obligeant les assurés à recourir, par principe, aux médicaments de substitution. Il apparaît en effet que la surconsommation médicamenteuse et le recours automatique aux médicaments brevetés débouchent tant sur un volume important de déchets qu'un sentiment de „gaspillage“ financier.

En ce qui concerne l'obligation imposée au pharmacien de proposer à l'assuré le médicament de substitution le moins cher du même groupe, les deux chambres professionnelles s'interrogent s'il ne serait pas envisageable d'accompagner cette obligation par la possibilité donnée au pharmacien, à l'image de certains pays nordiques et du Royaume-Uni, d'effectuer un reconditionnement afin de donner à l'assuré le nombre nécessaire de médicaments. Si cette mesure ne devait pas être suivie, il conviendrait pour le moins à réfléchir à une réforme de la loi sur les médicaments en vue de réaliser une réduction du volume des conditionnements de médicaments. De telles possibilités viseront tant à réduire le nombre de médicaments vendus, et donc des déchets, que de leur emballage, ce qui influe toute la chaîne de production et de transport, résultant in fine en une réduction des coûts et de l'impact écologique.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers s'interrogent également sur l'hypothétique mise en jeu de la responsabilité thérapeutique d'un médecin ayant prescrit un médicament breveté alors que le patient aura choisi de recourir au médicament de substitution. Le patient ne perdra-t-il pas un droit de recours?

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers relèvent que le texte coordonné proposé par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale fait apparaître le premier alinéa de l'article 22bis en italique, conformément à la proposition du Conseil d'Etat alors qu'aucun amendement parlementaire ne vise à modifier le libellé dudit alinéa. Partant, les deux chambres professionnelles s'interrogent s'il s'agit d'une erreur de mise en page ou si la Commission parlementaire entend donner suite à la proposition du Conseil d'Etat.

Concernant le point 12° du projet de loi initial

Le point 12 prévoit de transférer la compétence pour la fixation du prix public des médicaments du ministre de l'Economie au ministre de la Sécurité sociale.

Les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 ont redressé une erreur de renvoi.

Bien que cette modification n'appelle pas de commentaire particulier, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers estiment qu'il faut veiller à ce que le Ministère de la Sécurité sociale se tienne à la législation générale en matière de prix afin d'éviter une distorsion d'application de cette législation qui relève de la compétence du Ministère de l'Economie. Les deux chambres professionnelles regrettent que le règlement grand-ducal devant déterminer les critères, les conditions et la procédure à la fixation du prix public des médicaments n'ait été mis à disposition des chambres professionnelles.

Concernant le point 13° du projet de loi initial

Le point 13 complète les possibilités de sanctions envisageables à l'égard d'assurés dont la consommation de prestations est considérée comme abusive par l'avertissement et la domiciliation auprès d'un prestataire déterminé. De plus, l'article 23 alinéa 2 prévoit désormais formellement l'obligation pour l'assuré de restituer les prestations indûment touchées.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers saluent le renforcement des sanctions à l'égard des assurés qui abusent de prestations, moyens qui visent une finalité protectrice de l'assuré tout en diminuant les coûts.

Concernant le point 14° du projet de loi initial

Le point 14 reformule les situations dans lesquels les frais des soins de santé sont directement pris en charge par la CNS sur base du tiers payant dit „généralisé“ et introduit le tiers payant social, c'est-à-dire la prise en charge directe des frais pour soins de santé des personnes à faibles revenus.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010, (i) les termes „analyses médicales de biologie clinique“ ont été remplacés par les termes „analyses de biologie médicale“ et (ii) l'exception de prise en charge directe des honoraires médicaux est réintroduite à l'article 24 du CSS.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers sont défavorables à l'idée de gratuité des services de santé véhiculée auprès des assurés par l'extension des prestations couvertes par le tiers payant généralisé.

En ce qui concerne l'introduction d'un système de tiers payant à vocation sociale, les deux chambres professionnelles ne peuvent marquer leur accord que dans la mesure où le cercle de bénéficiaires soit clairement défini par les statuts de la CNS, que les prestataires de soins de service ne reçoivent une contrepartie financière pour „service rendu“ et qu'un contrôle strict et efficace soit mis en place afin d'éviter les abus. Les deux chambres professionnelles renvoient également à leurs remarques critiques faites à l'encontre du maintien des agences de la CNS et développées dans les considérations générales du présent avis. En tout état de cause, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers félicitent les auteurs du projet de loi d'avoir prévu l'information périodique des assurés bénéficiaires du tiers payant généralisé et social quant au coût relatif aux prestations qui leur ont été servies.

Concernant le point 15° du projet de loi initial

Suite à l'intégration des prestations de maternité dans les soins de santé pris en charge par la CNS, tels que listés au nouvel article 17, l'article 26 est abrogé.

Cette abrogation n'appelle pas de commentaire particulier, sous réserve de l'observation formulée au sujet du contenu de l'article 26 à l'endroit du point 5 de l'article 1er du présent projet de loi.

Concernant le point 16° du projet de loi initial

La réforme du système de soins de santé modifie le système de financement actuel de l'assurance maladie-maternité qui se fera dorénavant uniquement par voie de cotisations dues pour les assurés, les employeurs et l'Etat. Partant, le contenu de l'alinéa 2 de l'article 28 du CSS est adapté en renvoyant au taux de cotisation visé à l'article 29 (pour les assurés et employeurs) et le taux de cotisation visé à l'article 31 (en ce qui concerne l'Etat).

La reformulation de l'article 28 du CSS n'appelle pas de commentaire particulier, sous réserve des observations formulées à l'encontre du taux de cotisation à l'endroit du point 17.

Concernant le point 17° du projet de loi initial

En raison de l'intégration des prestations de maternité dans les soins de santé pris en charge par la CNS, le point 17 reformule le contenu de l'article 29 du CSS, tout en maintenant la distinction entre les taux de cotisations finançant les soins de santé et l'indemnité pécuniaire de maladie.

En ce qui concerne le financement des prestations en nature, le projet de loi entend y contribuer par le biais d'un taux s'appliquant à l'assiette de cotisation visée au nouvel article 33 du CSS et que les auteurs de projet de loi justifient comme étant „globalement au niveau de celui pour soins de santé actuel (fixé à 5,4%).“.

En ce qui concerne le financement des prestations en espèces, la formulation proposée vise à appliquer le même taux de cotisation à l'assiette constituée par le revenu professionnel visé aux articles 34 à 37 du CSS. Ce taux est toutefois majoré de 0,5% pour les assurés ayant droit aux prestations en espèces, majoration qui reste partant inchangé par rapport à la situation actuelle.

Il semble aux yeux de la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers que la formulation proposée de l'alinéa 2 de l'article 29 du CSS entraîne une incohérence en ce que le taux de cotisation déterminé s'applique doublement; une première fois sur l'assiette de l'article 33 pour financer les prestations en nature et une deuxième fois sur le revenu professionnel pour financer les prestations en espèce, majoré de 0,5% pour certains assurés. A supposer que le taux de cotisation soit de 5,6%, la formulation actuelle vise à appliquer le taux de 5,6% sur l'assiette de l'article 33 du CSS et en plus à appliquer le taux de 5,6%, éventuellement majoré de 0,5% (soit 6,1%), sur le revenu professionnel. Afin d'éviter une insécurité juridique sur ce point, les deux chambres professionnelles suggèrent de reformuler la proposition d'article 29 alinéa 2.

Les deux chambres professionnelles s'opposent à la terminologie de „taux unique de cotisation“ alors que l'observation qui précède met en évidence que les risques couverts nécessitent des taux différents: le taux normal pour le financement des prestations en nature et le taux majoré pour le financement des prestations en espèce. Suite à l'intégration des prestations (tant en nature qu'en espèce) de maternité, elles estiment qu'il conviendrait même de se pencher sur la possibilité d'un troisième taux de cotisation. En effet, la maternité ne constitue pas une maladie et partant requiert d'être abordée différemment des prestations de maladie, du moins budgétairement afin de maintenir une transparence entre les coûts des différentes prestations. La réflexion d'une création d'une troisième branche d'assurance mériterait d'être menée.

Concernant le point 18° du projet de loi initial

Le point 18 constitue une adaptation formelle de l'article 30 du CSS résultant du changement apporté à l'article 29 alors que dorénavant un seul taux de cotisation doit être fixé.

L'adaptation terminologique ne soulève pas de commentaire particulier, sous réserve des observations formulées à l'encontre du taux de cotisation à l'endroit du point 17.

Concernant le point 19° du projet de loi initial

En raison de l'intégration des prestations de maternité dans le régime général de l'assurance maladie-maternité, les auteurs du projet de loi fixent à 40% le taux global de participation de l'Etat au budget de l'assurance maladie-maternité en remplacement des taux de prise en charge actuels, à savoir 37% des cotisations pour les soins de santé, 29,5% des cotisations dues au titre des indemnités pécuniaires de maladie et 100% par voie de financement direct des prestations de maternité et des prestations dues au titre d'un congé pour raisons familiales.

Les auteurs du projet de loi justifient la diminution de la participation financière de l'Etat, passant de 41,2% en 2009 à 40% à partir de 2011, par la limitation future de la croissance des dépenses et une augmentation du taux de cotisation à charge des assurés et des employeurs.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers s'opposent avec véhémence tant à l'intégration des prestations de maternité dans le régime général de l'assurance maladie-maternité qu'à la diminution de la participation financière de l'Etat, les auteurs du projet de loi ne justifiant ces propositions que par des considérations financières allégeant le budget de l'Etat. Les deux chambres professionnelles ne peuvent que réfuter une approche purement comptable consistant à transférer le coût des prestations de maternité aux assurés et employeurs et exigent de l'Etat qu'il continue à financer intégralement l'assurance maternité par le biais du budget de l'Etat, le cas échéant si cette mesure devait être maintenue dans le projet de loi, qu'il maintienne sa participation financière de manière à neutraliser l'impact financier de la présente réforme.

Aux yeux des deux chambres professionnelles, la proposition de désengagement financier de l'Etat manque de légitimité alors que l'objectif de réduction des coûts n'est qu'au stade de pure spéculation. Partant, il conviendrait de négocier une éventuelle baisse de la cotisation de l'Etat au vu d'un bilan

constatant une baisse globale des dépenses, ce qui éviterait de faire supporter aux seuls assurés et employeurs le maintien, voire l'augmentation du volume de dépenses à l'avenir. Pareillement, il doit être réfléchi aux moyens envisageables pour mieux contrôler les cas de dispense automatique de travail des femmes enceintes et/ou la mise en maladie systématique, la grossesse n'étant pas une maladie et ne justifiant dès lors pas, dans la majorité des situations, un arrêt de travail. Une dispense de travail requiert en effet que l'employeur réorganise ses services, le cas échéant pourvoit à un remplacement d'effectif, décisions qui sont rendues difficiles par le départ du jour au lendemain des femmes enceintes.

Concernant le point 20° du projet de loi initial

Le point 20 vise à modifier, voire corriger certaines dispositions de l'article 32 du CSS concernant la prise en charge des cotisations dues par les assurés et/ou les employeurs.

Si les points a), b), c) et e) de l'article 32 du CSS sont mis en conformité avec les dispositions de certaines lois spéciales, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers relèvent que le projet de loi vise à transférer la charge des cotisations d'assurance maladie des étudiants et personnes en formation professionnelle, actuellement pris en charge par l'Etat lorsqu'ils ne sont pas assurés à un autre titre, aux personnes concernées. Les auteurs du projet de loi justifient cette décision par le fait que suite à l'implémentation d'une université au Luxembourg, cette mesure prendrait une autre envergure financière que celle imaginée par le législateur.

Les deux chambres professionnelles sont horrifiées par le souci du Gouvernement de rechercher à faire des économies sur le dos des étudiants et personnes en formation professionnelle, proposition qui engendrera nécessairement une précarisation du statut d'étudiant. Cette mesure est d'autant moins concevable par les deux chambres professionnelles que le signal donné par le Gouvernement est de prélever des cotisations sociales auprès des étudiants et personnes en formation professionnelle, tranche de population qui fait des efforts d'éducation et de formation pour intégrer la vie active et *in fine* contribuer au budget de l'Etat, tout en continuant à chouchouter les jeunes inactifs qui se prélassent aux frais de la société.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers se désolidarisent totalement de cette façon de concevoir une réduction des dépenses ou une augmentation des recettes pour pallier à moyen et long terme au déficit de la sécurité sociale.

Concernant les points 21° et 22° du projet de loi initial

Suite à l'introduction d'un seul taux de cotisation à l'endroit de l'article 29 du CSS, le point 21 adapte le contenu de l'article 33 du CSS en y transférant le contenu de l'actuel article 38.

Cette modification n'appelle pas de commentaire particulier, sous réserve des observations formulées à l'encontre du taux de cotisation à l'endroit du point 17.

Concernant le point 23° du projet de loi initial

Comme les prestations de maternité et les prestations dues au titre d'un congé pour raisons familiales sont intégrées dans le régime général de l'assurance maladie-maternité, l'article 40, prévoyant leur prise en charge par l'Etat, est abrogé.

Cette abrogation ne soulève pas d'observation, sous réserve des observations formulées contre l'intégration des prestations de maternité dans le régime général à l'endroit du point 19.

Concernant le point 24° du projet de loi initial

Suite à l'intégration de l'indemnité pécuniaire de maternité dans les prestations en espèces financées par la CNS, la terminologie de l'article 43 concernant le remboursement de cotisations est adaptée en remplaçant le terme „indemnité pécuniaire de maladie“ par le terme „prestations en espèces“.

Cette adaptation terminologique n'appelle pas de commentaire particulier, sous réserve des observations formulées contre l'intégration des prestations de maternité dans le régime général à l'endroit du point 19.

Concernant le point 25° du projet de loi initial

Au vu de l'intégration du forfait de maternité et du congé pour raisons familiales dans le régime général de l'assurance maladie-maternité, ces prestations sont biffées de l'alinéa 4 de l'article 46 CSS.

Cette adaptation terminologique n'appelle pas de commentaire particulier, sous réserve des observations formulées contre l'intégration des prestations de maternité dans le régime général à l'endroit du point 19.

Concernant le point 26° du projet de loi initial

Le point 26 propose, en raison de la réforme des missions et procédures de la Commission de surveillance opérée par les points 42 à 45 de l'article 1er du projet de loi, de reformuler les compétences et procédures applicables aux litiges opposant les assurés et prestataires à la CNS au sein de l'article 47 du CSS.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010 et suite à l'opposition formulée par le Conseil d'Etat, l'article 47 du CSS actuel a été, à quelques exceptions près, réinstauré.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers estiment, conformément à leurs observations développées au sujet du manque de concept global de gouvernance dans le présent projet de loi, qu'une éventuelle réforme des missions et procédures de la Commission de surveillance doit être opérée en prenant en compte les modifications devant être apportées aux autres institutions de l'assurance maladie.

Concernant le point 27° du projet de loi initial

Suite à l'intégration du forfait de maternité dans les soins de santé listés à l'article 17 du CSS, la mention de cette prestation dans l'article 48 est biffée.

Cette adaptation terminologique ne soulève pas d'observation sous réserve des observations formulées contre l'intégration des prestations de maternité dans le régime général à l'endroit du point 19.

Concernant le point 28° du projet de loi initial

Le point 28 vise, par parallélisme au nouvel alinéa 2 de l'article 47, à appliquer aux assurés des caisses de maladie publiques la procédure contentieuse opposant un assuré à la CNS au sujet d'un tarif.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010, par parallélisme de la modification apportée par amendement parlementaire à l'endroit de l'article 47 du CSS, l'article 52, alinéa 2 du CSS reprend sa teneur actuelle.

Cette modification n'appelle pas de commentaire particulier.

Concernant le point 29° du projet de loi initial

La réforme du système des soins de santé vise à moderniser la budgétisation du secteur hospitalier. Le point 29 précise à l'article 60 du CSS le type d'établissements hospitaliers auxquels s'applique le financement budgétaire ainsi que les actes médicaux continuant à être rémunérés suivant la nomenclature des prestations de soins.

Cette modification n'appelle pas de commentaire particulier.

Concernant le point 30° du projet de loi initial

Le point 30 introduit un nouvel article 60bis au CSS relatif aux modalités de communication de données médicales en regroupant les dispositions de l'ancien article 21.

Les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 biffent la mention relative à la transmission et la circulation des données médicales du champ d'application du futur règlement grand-ducal afin que les modalités y applicables soient décidées par voie conventionnelle.

Cette modification n'appelle pas de commentaire particulier.

Concernant le point 31° du projet de loi initial

Le nouvel article 60ter vise la mise en place d'une „Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé“ sous la forme d'un groupement d'intérêt économique. L'Agence a pour mission principale la réalisation, l'exploitation et la gestion administrative et technique d'une plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé, comportant entre autres le dossier de soins partagé, et sera financée à raison de deux tiers par la CNS et un tiers par l'Etat.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010 et sur recommandation de la Commission nationale de protection des données, la liste des missions de l'Agence a été complétée par un point 5) dédié à la communication envers les patients et les prestataires sur le fonctionnement du dossier de soins partagés et la plateforme électronique.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers saluent la mise en place d'une Agence qui s'occupera notamment des aspects techniques permettant l'établissement d'un dossier de soins partagé. Les deux chambres professionnelles s'interrogent toutefois sur la pertinence de la répartition du financement de l'Agence à raison de deux tiers par la CNS et un tiers par l'Etat alors que certaines missions qui incombent à cette nouvelle institution relèvent de l'intérêt de l'Etat et non de celui de l'assurance maladie-maternité ou encore que des missions actuellement intégralement prises en charge par l'Etat soient affectées à l'Agence (projet eSanté). Aussi, imposer le financement de telles missions à raison de deux tiers par la CNS, donc des assurés et des employeurs, constitue un transfert déguisé d'une charge financière et ne peut trouver l'accord des deux chambres professionnelles.

Partant la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers exigent que la répartition financière des frais de fonctionnement de l'Agence soit modifiée dans le présent projet de loi ou que cette répartition soit négociée entre partenaires sociaux associés au GIE. Il convient en effet de relever que de nombreuses zones d'ombres persistent quant au fonctionnement et la structure de l'Agence, notamment en termes de personnel (nouvelles embauches? fonctionnaires réaffectés?) et de gestion journalière.

Concernant le point 32° du projet de loi initial

Le projet de loi entend introduire le dossier de soins partagé dans un nouvel article 60quater qui regroupe les données médicales et autres informations concernant le patient, afin de permettre une meilleure coordination des soins de santé ainsi qu'une utilisation efficiente des services de soins.

Les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 (i) retirent le Contrôle médical de la sécurité sociale et les officiers de police judiciaire de la Direction de la Santé de la liste des personnes et organes autorisés à accéder au dossier de soins partagé, (ii) précisent que tout patient a un droit d'accès à son dossier de soins partagé et (iii) ajoutent le Laboratoire national de santé parmi les organes s'échangeant des informations rendues anonymes à des fins statistiques ou épidémiologiques.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010 et suite aux avis de la Commission nationale de protection des données et du Conseil d'Etat, le contenu de l'article 60quater a été complété en vue de préciser (i) le caractère secret du contenu du dossier de soins partagé, (ii) l'information des patients sur l'identité des personnes accédant leur dossier et que l'avis de la Commission nationale de protection des données sera demandé en ce qui concerne les mesures nécessaires pour assurer un niveau élevé de sécurité de la plateforme électronique. La possibilité pour la direction de l'établissement hospitalier d'accéder au dossier de soins partagé à des fins de gestion de risques et de qualité a également été biffée.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers saluent l'introduction d'un dossier de soins partagé par la présente réforme et les précisions relatives au secret des données qui y ont été intégrées par amendement, mais relèvent que les discussions à ce sujet sont menées en vain depuis de nombreuses années et que le projet de loi ne précise pas un calendrier contraignant pour la mise en place dudit dossier de soins partagé. Il est partant permis de s'interroger endéans quel délai le Gouvernement entend mettre en place le dossier de soins partagé dont le but est de contribuer à la baisse des dépenses en matière de soins de santé. A ce sujet, elles regrettent que le règlement grand-ducal devant préciser les modalités d'établissement et la forme des informations et des documents à verser au dossier de soins partagé n'ait été mis à disposition des chambres professionnelles.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers s'interrogent également si le droit des patients de s'opposer purement et simplement au partage de données le concernant ne constitue pas une brèche pouvant mettre en péril l'utilité du dossier de soins partagé, les prestataires de soins devant alors travailler sans informations. Aussi, les deux chambres professionnelles proposent de limiter le droit à l'opposition du patient en exigeant par exemple du patient qu'il doive motiver sa demande d'opposition au préalable auprès de l'Agence nationale des informations partagées.

Les deux chambres professionnelles déplorent le retrait par amendement gouvernemental du Contrôle médical de la sécurité sociale de la liste des institutions ayant accès au dossier de soins partagé, cet accès n'étant possible que sur demande. La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers sont

conscientes du fait que le dossier de soins partagé est un outil couvert par le secret médical à disposition uniquement du patient et des prestataires auxquels il recourt. Les deux chambres professionnelles sont pourtant d'avis que rien ne s'oppose à ce que le Contrôle médical de la sécurité sociale continue à pouvoir accéder, sur demande, aux informations relatives aux patients afin de pouvoir remplir ses missions.

Concernant le point 33° du projet de loi initial

Le point 33 vise à reformuler le point 3 de l'alinéa 2 de l'article 61 afin de préciser que la CNS n'est pas obligée de conclure des conventions distinctes pour chacune des professions de la santé.

Cette modification terminologique n'appelle pas de commentaire particulier.

Concernant le nouveau point 34° inséré par amendement gouvernemental adopté en date du 12 novembre 2010

En raison de l'intégration du centre d'accueil pour personnes en fin de vie dans le plan hospitalier qui est de ce fait financé par la voie du budget hospitalier, les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 proposent de le biffer de la liste des prestataires de soins extrahospitaliers avec lesquels une convention doit être conclue, conformément à l'article 61 du CSS.

Cette modification de terminologie ne soulève pas d'observation.

Concernant le point 34° du projet de loi initial

Le projet de loi complète la liste dressée par l'article 64 relatif au contenu des conventions conclues d'une part entre la CNS et les prestataires de soins et entre la CNS et les pharmaciens d'autre part. Le point 34 introduit notamment (i) l'obligation conventionnelle pour les médecins et médecins-dentistes de prescrire un seuil minimal de médicaments de substitution et de s'abstenir de prescrire des prestations inutilement onéreuses ainsi que (ii) l'obligation pour les prestataires de soins constitués sous forme de personne morale de tenir une comptabilité standardisée.

Les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 prévoient de maintenir les libellés actuels

- du point 1) de l'alinéa 1 de l'article 64 relatif à la transmission de données médicales entre entités;
- du point 2 de l'alinéa 2 de l'article 64, abandonnant ainsi l'obligation conventionnelle des médecins de s'abstenir de prescrire des prestations inutilement onéreuses; et
- du point 6 de l'alinéa 2 de l'article 64, renonçant ainsi à la possibilité d'évaluer d'éventuelles déviations constatées dans les rapports d'activités des prestataires de soins.

Les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 prévoient également, en lien avec les amendements relevés à l'endroit de l'article 8 du CSS, de compléter le point 9 de l'alinéa 2 de l'article 64 afin de voir les exigences relatives aux qualifications, droits et obligations du médecin référent fixées par voie conventionnelle.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers approuvent l'élargissement du contenu des conventions conclues entre la CNS et les prestataires de soins mais regrettent le retrait par amendement gouvernemental, sous la pression de certains partenaires sociaux, de l'obligation pour les médecins de s'abstenir de prescrire des prestations inutilement onéreuses. Aux yeux des deux chambres professionnelles, cette obligation est un corollaire à l'incitation à la prescription de médicaments de substitution prévue par le présent projet de loi et permet de s'assurer que les médecins s'engageront, pour le moins moralement, à participer à la réduction des dépenses de soins de santé.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers relèvent que le texte coordonné proposé par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale fait apparaître (i) la suppression en italique des points 5) et 7) de l'alinéa 2 de l'article 64 du CSS, relatifs aux sanctions financières imposées à des prestataires violant les bonnes pratiques médicales respectivement au seuil minimal de prescription de médicaments de substitution, et (ii) l'insertion d'un point 7) relatif aux rapports avec le médecin référent, alors qu'aucun amendement parlementaire ne vise à supprimer, respectivement intégrer, ces éléments du contenu obligatoire des conventions conclues avec les médecins et médecins-dentistes. Partant, les deux chambres professionnelles s'interrogent s'il s'agit d'une erreur de mise en page ou si la Commission parlementaire entendait apporter des modifications à l'alinéa 2 de l'article 64.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers estiment enfin qu'il serait judicieux d'intégrer au sein de l'article 64 point 1) l'obligation conventionnelle d'informer préalablement les prestataires concernés des changements statutaires envisagés.

Concernant le point 35° du projet de loi initial

Le point 35 modernise l'établissement des coefficients des nomenclatures des prestations de soins en prenant en compte la durée, la compétence technique et l'effort intellectuel requis pour dispenser les soins, tenant ainsi compte de l'évolution de l'art médical ou du progrès technologique. Par ailleurs, la composition de la Commission de nomenclature est revue en renforçant la présence d'acteurs issus du domaine des soins de santé. Il est encore prévu que la Commission de nomenclature doit obligatoirement demander l'avis d'une Cellule d'expertise médicale créée par le point 36 de l'article 1er du projet de loi.

Les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 assouplissent la formulation de l'alinéa 10 de l'article 65 du CSS en donnant à la Commission de nomenclature la faculté de demander l'avis de la Cellule d'expertise médicale.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010 le libellé de l'article 65 du CSS a vu certaines adaptations terminologiques et la composition de la Commission de nomenclature revue.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers estiment, conformément à leurs observations développées au sujet du manque de concept global de gouvernance dans le présent projet de loi, qu'une éventuelle modification apportée à la composition de la Commission des nomenclatures doit être opérée en prenant en compte les modifications devant être apportées aux autres institutions de l'assurance maladie.

Concernant le point 36° du projet de loi initial

Le projet de loi institue une nouvelle Cellule d'expertise médicale ayant pour mission d'assister la Commission de nomenclature dans la mise à jour de la nomenclature des prestations de soins. La cellule d'expertise médicale est composée de façon pluridisciplinaire par des agents détachés par le Contrôle médical de la sécurité sociale, la Direction de la santé ou affectés par l'Inspection générale de la sécurité sociale. Le projet de loi institue également un Conseil scientifique du domaine de la santé qui a pour mission d'élaborer et de contribuer à la mise en œuvre de standards de bonnes pratiques médicales.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010 et suite aux recommandations du Conseil d'Etat, les standards de bonne pratique médicale sont définis et les modalités de collaboration entre la Cellule d'expertise et le Conseil scientifique précisés.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers estiment, conformément à leurs observations développées au sujet du manque de concept global de gouvernance dans le présent projet de loi, que la composition telle que proposée de la Cellule d'expertise médicale ne correspond pas à l'exigence d'efficacité et d'expertise, la mission de ladite Cellule étant de conseiller la Commission de nomenclature.

Concernant le point 37° du projet de loi initial

L'article 66 du CSS prévoit les situations dans lesquelles un dépassement de tarif est envisageable. Le point 37 supprime la mention relative à la majoration des tarifs pour l'hospitalisation en première classe et introduit la possibilité de rembourser les frais d'utilisation d'un appareil forfaitairement, sans que ces forfaits ne soient indexés.

Les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 renoncent à la désindexation des actes liés à l'utilisation d'appareils.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers plaident en faveur d'une désindexation des forfaits pour frais d'utilisation d'un appareil, afin d'entraîner par conséquent un arrêt des adaptations automatiques desdites valeurs et en même temps un frein au remboursement multiple des appareils médicaux.

Concernant le point 38° du projet de loi initial

Dans la mesure où il est théoriquement possible que le mécanisme de la fixation de la lettre-clé puisse mener à une adaptation négative, le point 38 vise à remplacer le terme „revalorisation“ par le terme „adaptation“.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010, le point 38 est supprimé.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers ne s'opposent pas à la suppression du point 38 étant entendu que le terme „revalorisation“ est à comprendre dans le sens de „fixation d'une valeur“ qui peut le cas échéant entraîner une valeur inférieure.

Concernant les points 39° à 41° du projet de loi initial

Le projet de loi effectue une distinction entre les cas d'échec de la médiation dans le cadre de la fixation de la lettre-clé et celle relative aux conventions; les premières relevant de la compétence du conseil supérieur de la sécurité sociale, dont la sentence arbitrale n'est susceptible d'aucune voie de recours, et les secondes étant tranchées par arrêté ministériel.

Les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 renoncent à la distinction opérée entre les cas d'échec de la médiation et donne compétence au seul conseil supérieur de la sécurité sociale pour arbitrer la médiation dans le cadre de la fixation de la lettre-clé et celle relative aux conventions.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers relèvent que le texte coordonné proposé par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale fait apparaître en italique le libellé de l'article 70 du CSS tel que souhaité par le Conseil d'Etat, y compris l'insertion d'un alinéa 2 du paragraphe 2 de l'article 70 prévoyant la fixation par règlement grand-ducal des dispositions obligatoires de la convention en cas d'échec de la médiation en matière conventionnelle, alors qu'aucun amendement parlementaire ne vise à intégrer ces modifications à l'endroit de l'article 70 du CSS. Partant, les deux chambres professionnelles s'interrogent s'il s'agit d'une erreur de mise en page ou si la Commission parlementaire entendait suivre les recommandations du Conseil d'Etat.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers approuvent les observations faites par le Conseil d'Etat mais estiment que l'éventualité d'un échec de médiation en matière conventionnelle ne doit pas être tranchée par le ministre.

Concernant les points 42° à 45° du projet de loi initial

Le projet de loi réforme les missions et procédures de la Commission de Surveillance en renforçant sa fonction d'investigation et de contrôle des prestataires; les recours administratifs en matière de tarifs et de tiers payant relevant désormais de la compétence du président de la CNS, conformément aux dispositions du point 26 de l'article 1er du présent projet de loi.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010 et suite à l'avis du Conseil d'Etat, le libellé actuel des articles 72 et 72bis du CSS a été réinstauré et le droit d'inspection du directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale de l'article 73 supprimé. De plus, les mentions relatives au possible cumul des sanctions, la condamnation solidaire et la publication du jugement du conseil arbitral ont été biffées de l'article 73 du CSS.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers souhaitent préciser que la dénomination des juridictions compétentes pour traiter des recours est conseil arbitral, respectivement conseil supérieur des assurances sociales (et non conseil arbitral/supérieur *de la sécurité sociale*), tel que ces institutions sont dénommées à l'article 454 du CSS. Il convient partant de rectifier la terminologie dans l'intégralité du projet de loi.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers estiment, conformément à leurs observations développées au sujet du manque de concept global de gouvernance dans le présent projet de loi, qu'une éventuelle réforme des missions et procédures de la Commission de surveillance doit être opérée en prenant en compte les modifications devant être apportées aux autres institutions de l'assurance maladie.

Concernant le point 46° du projet de loi initial

La réforme du système de soins de santé envisage (i) l'introduction d'une enveloppe budgétaire globale biennale pour le secteur hospitalier en remplacement de l'enveloppe budgétaire individuelle annuelle pour chaque hôpital ainsi que (ii) la mise en place d'une comptabilité analytique standardisée. Le point 46 prévoit également que les analyses effectuées par les laboratoires hospitaliers en milieu extrahospitaliers soient financés, à l'instar des laboratoires privés, en dehors du budget hospitalier.

Les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 effectuent une correction terminologique dans le cadre de la procédure d'établissement du rapport d'analyse prévisionnel traité à l'alinéa 1 de l'article 74 du CSS.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers relèvent que le texte coordonné proposé par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale fait apparaître en italique le libellé des alinéas 2 et 3 de l'article 74 du CSS tel que souhaité par le Conseil d'Etat, alors qu'aucun amendement parlementaire ne vise à intégrer ces modifications à l'endroit de l'article 74 du CSS. Partant, les deux chambres professionnelles s'interrogent s'il s'agit d'une erreur de mise en page ou si la Commission parlementaire entendait suivre les recommandations du Conseil d'Etat.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers notent que la compétence quant à la fixation des budgets hospitaliers est transférée par le projet de loi de la CNS vers l'Inspection générale de la sécurité sociale, respectivement le ministre. Les deux chambres professionnelles regrettent que les auteurs du projet de loi aient tranché en ce sens alors que, outre les 20% de dépenses d'investissement des infrastructures hospitalières financées par la CNS, les dépenses indirectes (dépenses de personnel notamment) découlant des décisions prises dans les budgets hospitaliers sont également prises en charge par la CNS. Les deux chambres professionnelles doivent partant s'opposer à une telle „étatisation“ des décisions budgétaires du secteur hospitalier.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers regrettent également que le projet de loi reste muet quant à l'organe de la CNS qui est demandée en son avis (l'administration ou le comité directeur?) et demandent à ce que ce point soit éclairci.

Les deux chambres professionnelles demandent à ce qu'un contrôle ex post soit introduit afin de permettre d'analyser la cohérence des budgets prévisionnels par rapport aux budgets effectifs. Aux yeux des deux chambres professionnelles, il convient de s'assurer que les budgets prévisionnels soient établis avec le plus de précision possible afin de garantir une cohérence à long terme entre les décisions prises et leur coût réel.

Concernant la débudgétisation des activités de laboratoires hospitaliers en ce qui concerne leurs analyses extrahospitalières, les deux chambres professionnelles peuvent marquer leur accord, tout en relevant que le projet de loi reste en défaut de prévoir les moyens de contrôle permettant de s'assurer de l'effectivité de cette mesure. Il importe en effet que les laboratoires hospitaliers opèrent une distinction entre les analyses qu'ils effectuent et les comptabilisent conformément au projet de loi en vue d'être affectés au budget hospitalier ou pris en charge tarifairement par la CNS.

Quant à l'argument des auteurs du projet de loi que cette mesure entraînera une mise à niveau concurrentielle entre les laboratoires hospitaliers et laboratoires privés au sujet des analyses extrahospitalières, les deux chambres professionnelles notent que le personnel et le matériel des laboratoires hospitaliers continueront à être pris en charge par le budget du secteur hospitalier. Partant, il convient de constater que la proposition du projet de loi n'entraîne nullement de mise en concurrence entre les laboratoires.

Concernant le point 47° du projet de loi initial

L'article 77 du CSS relatif au calendrier servant à l'établissement des budgets hospitaliers est adapté afin de tenir compte du mécanisme biennal de l'enveloppe budgétaire globale.

Il semble à la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers qu'une confusion soit faite au sujet de la composition de la commission des budgets hospitaliers dont la mission est de résoudre les litiges qui naissent dans le cadre de l'établissement du budget hospitalier. Comme la CNS n'est, au grand dam des deux chambres professionnelles, pas compétente dans l'établissement de l'enveloppe globale du budget hospitalier, la CNS ne peut être sérieusement mandatée par le ministre pour négocier une solution amiable avec un établissement hospitalier qui conteste le budget. Au vu des modifications apportées à l'article 74 du CSS, il semble logique que la composition de la commission des budgets hospitaliers soit également revue.

Concernant le point 48° du projet de loi initial

Suite à l'introduction par le présent projet de loi de la possibilité de rémunérer certaines prestations de soins par voie forfaitaire, le point 48 adapte le mécanisme de prise en charge mensuelle des frais variables des hôpitaux.

Cette adaptation ne soulève pas d'observation.

Concernant le point 49° du projet de loi initial

Afin de mieux cadrer l'application des budgets hospitaliers, le point 49 impose dorénavant à la CNS d'arrêter le décompte définitif au plus tard 12 mois après la fin de l'exercice en question.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers sont en mesure d'approuver cette échéance, mais souhaiteraient qu'il soit envisagé, dans le cadre d'un concept global de gouvernance de l'assurance maladie, qu'un réviseur externe et indépendant puisse être mandaté pour valider le décompte définitif.

Concernant le point 50° du projet de loi initial

Le point 50 précise que la prescription triennale, applicable en matière de salaires et à l'indemnité pécuniaire de maladie et de maternité, s'applique également au remboursement par la Mutualité des employeurs des charges salariales pendant la période de *Lohnfortzahlung*.

L'insertion de cette précision apporte une sécurité juridique et trouve l'approbation de la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers.

Concernant le point 51° du projet de loi initial

Dans la mesure où les attributions de la Commission de surveillance ont été réformées par le point 42° de l'article 1er du présent projet de loi et que dorénavant elle n'a plus de compétences en matière de recours administratifs, le point 51 entend adapter par parallélisme le contenu de l'article 146 alinéa 2 du CSS concernant les litiges opposant un prestataire de soins à l'Association d'assurance accident, lesquels seront désormais vidés par le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010, le point 51 est supprimé.

L'adaptation ne soulevait pas d'observation particulière.

Concernant le point 52° du projet de loi initial

Le point 52, à l'instar du point 20, vise à mettre l'article 150 du CSS en conformité avec la loi du 6 janvier 1996 sur la coopération au développement, laquelle prévoit que les cotisations d'assurance accident des coopérants sont prises en charge par l'Etat.

Cette mise en conformité n'appelle pas de commentaire particulier.

Concernant le point 53° du projet de loi initial

Le point 53 vise à supprimer la limite temporelle au 31 décembre 1998, prévue au point 7 de l'alinéa 1 de l'article 172 du CSS, afin de permettre à la personne ayant assuré des soins au bénéficiaire d'une allocation de soins prévue par la loi du 22 mai 1989, même après l'introduction de l'assurance dépendance, de bénéficier de la prise en compte de sa période d'assistance aux fins de parfaire le stage requis pour l'obtention de la pension vieillesse.

Si la suppression de la limite temporelle bénéficie aux personnes assurant des soins au bénéficiaire d'une allocation de soins prévue par la loi du 22 mai 1989, il apparaît à la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers que les auteurs du projet de loi font l'impasse sur les personnes visées au point 7 de l'alinéa 1 de l'article 172 du CSS et assurant des soins aux bénéficiaires (i) d'une allocation spéciale pour personnes gravement handicapées au titre de la loi modifiée du 16 avril 1979 et (ii) d'une majoration de la rente accident pour impotence ou d'une majoration de complément du revenu minimum garanti prévu par la loi modifiée du 26 juillet 1986.

Les deux chambres professionnelles relèvent que les lois du 16 avril 1979 et 26 juillet 1986 précitées ont été abrogées, mais que les bénéficiaires concernés ont pu continuer à percevoir les prestations afférentes même après l'abrogation desdites lois dans la mesure où l'assurance dépendance n'est pas intervenue. Partant, les personnes leur ayant dispensé une assistance mériteraient également de pouvoir faire valoir la période d'assistance aux fins de parfaire le stage requis pour l'obtention de la pension vieillesse.

S'agissant d'une question relative à la pension et non à l'assurance maladie, il conviendrait que celle-ci soit traitée dans le cadre de la future réforme du système de pension luxembourgeois.

Concernant le point 54° du projet de loi initial

Le point 54, à l'instar des points 20 et 52, vise à mettre l'article 240 du CSS en conformité avec la loi du 6 janvier 1996 sur la coopération au développement, laquelle prévoit que les cotisations d'assurance pension des coopérants sont prises en charge par l'Etat.

Cette mise en conformité n'appelle pas de commentaire particulier.

Concernant le point 55° du projet de loi initial

Suite à la fusion des caisses de pension par la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique, les conditions et modalités d'application de l'article 246 du CSS concernant la répartition des recettes en cotisations sont établies par l'Inspection générale de la sécurité sociale.

Partant, le point 55 adapte le contenu de l'article 249 qui prévoit que les conditions et modalités d'application de l'article 246 devaient se faire via règlement grand-ducal.

Cette adaptation ne soulève pas d'observation.

Concernant le point 56° du projet de loi initial

Le point 56 vise à effectuer une rectification de renvoi fait par l'article 306 paragraphe 6 du CSS alors que les situations dans lesquelles l'indemnité de congé parental est suspendue sont plus nombreuses que la seule dispense de travail visée par l'article L.334-4 paragraphe 5 du Code du travail. Il est ainsi renvoyé à l'article 25 du CSS qui vise toutes les situations dans lesquelles l'indemnité pécuniaire de maternité est accordée.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers relèvent que cette adaptation formelle cache en réalité un transfert de charge financière de l'Etat vers la CNS, dans la mesure où jusqu'à présent les cotisations des bénéficiaires des prestations de maternité étaient prises en charge par l'Etat. Pour le surplus, les deux chambres professionnelles renvoient aux observations formulées à l'endroit du point 17 relatif à l'intégration des prestations de maternité dans le régime général.

Concernant le point 57° du projet de loi initial

Le point 57 opère une simple correction de renvoi à l'endroit de l'article 356 du CSS.

Cette rectification n'appelle pas de commentaire particulier.

Concernant le point 58° du projet de loi initial

Suite à l'insertion des soins palliatifs parmi la liste, dressée à l'article 17 du CSS, des soins de santé pris en charge par l'assurance maladie-maternité, le point 58 vise à biffer la référence faite à „la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie“ à l'endroit de l'article 346 alinéa 4 du CSS, lequel prévoit le bénéfice des prestations d'assurance dépendance aux personnes en fin de vie.

Cette adaptation ne soulève pas d'observation.

Concernant le point 59° du projet de loi initial

Le point 59 entend élargir (i) la liste des prestations visées à l'article 350 alinéa 2 et (ii) la durée des prestations dispensées aux personnes bénéficiaires de soins palliatifs en supprimant à l'article 350 paragraphe 6 du CSS le renvoi à l'alinéa 1 de l'article 353, lequel prévoit la limitation à vingt-quatre heures et demies par semaine, respectivement trente-huit heures et demies par semaine des prestations en nature en cas de maintien à domicile de la personne bénéficiaire de soins palliatifs.

Les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 effectuent une rectification en réintégrant le renvoi à l'alinéa 1 de l'article 353 du CSS.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers approuvent cette mesure.

Concernant le point 60° du projet de loi initial

Le point 60, à l'instar des points 20, 52 et 54, vise à mettre l'article 377 alinéa 1 du CSS en conformité avec la loi du 6 janvier 1996 sur la coopération au développement, laquelle prévoit que les cotisations de contribution dépendance des coopérants sont prises en charge par l'Etat.

Cette mise en conformité n'appelle pas de commentaire particulier.

Concernant les points 61° à 63° du projet de loi initial

Par parallélisme avec la réforme des missions et procédures de la Commission de surveillance effectuée par les points 42 à 45 du projet de loi initial, les points 61 à 63 modifient dans le même sens les articles 393 et 393bis et introduisent un nouvel article 393ter.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010 et par parallélisme aux modifications apportées aux points 42 à 45, les articles 393 à 393ter du CSS sont amendés.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers estiment, conformément à leurs observations développées au sujet du manque de concept global de gouvernance dans le présent projet de loi, qu'une éventuelle réforme des missions et procédures de la Commission de surveillance doit être opérée en prenant en compte les modifications devant être apportées aux autres institutions de l'assurance maladie.

Concernant le point 64° du projet de loi initial

Afin de tenir compte des modifications apportées par le présent projet de loi, le point 64 vise à adapter les missions et attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale à l'article 418 du CSS et précise les modalités de sa collaboration avec la Caisse nationale de santé, la Commission de nomenclature et la Commission de surveillance.

Les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 effectuent une rectification de renvoi au point 6 de l'alinéa 2 de l'article 64 du CSS.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010, suite à l'avis du Conseil d'Etat, (i) les termes visant la constatation d'une éventuelle inobservation de bonnes pratiques médicales au point 9) de l'article 418 ont été biffés et (ii) le point 19) donnant mission au Contrôle médical d'instruire l'instruction du dossier portant saisine de la Commission de surveillance est supprimé.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers approuvent l'extension des missions du Contrôle médical de la sécurité sociale, mais doutent de l'effectivité des nouvelles missions. Les deux chambres professionnelles souhaitent se référer aux mesures adoptées dans le cadre de l'introduction du statut unique et permettant au Contrôle médical de vérifier l'état de santé d'un travailleur durant la période de *Lohnfortzahlung*. Bien que cette mission puisse être remplie par le Contrôle médical sur base des dispositions du CSS, il n'en reste pas moins que l'employeur reste tenu par les dispositions du Code du travail qui ne lui permettent pas de prendre des décisions à l'égard d'un salarié dont l'aptitude à reprendre le travail a été déclarée par le Contrôle médical.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers demandent au Gouvernement d'initier les réflexions visant à concilier le droit de la sécurité sociale et le droit du travail, ces domaines étant fortement liés.

Concernant le point 65° du projet de loi initial

Le point 65 vise à supprimer l'interdiction faite aux médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale par l'alinéa 1 de l'article 421 du CSS de s'immiscer dans les rapports du malade avec son médecin traitant alors que cette interdiction ne saurait être respectée en pratique.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010, le point 65 est supprimé.

Cette modification n'appelait pas d'observation.

Concernant le point 66° du projet de loi initial

Le point 66 a pour objet d'insérer à l'article 454, paragraphe 3, alinéa 6 du CSS une base légale au règlement grand-ducal du 9 décembre 2008 ayant pour objet la désignation des délégués des institutions et juridictions de sécurité sociale.

L'insertion d'une base juridique au règlement grand-ducal précité est approuvée par la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers.

Concernant les points 67° et 68° du projet de loi initial

Les points 67 et 68 visent à étendre le recours à la composition spéciale du Conseil arbitral et du Conseil supérieur de la sécurité sociale aux litiges de l'article 47, paragraphes 2, 4 et 6 opposant un assuré ou un prestataire à la CNS en matière de tarif, de restitution ou de décision individuelle.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010, les points 67 et 68 sont supprimés.

**B. Modifications apportées à la loi modifiée du 28 août 1998
sur les établissements hospitaliers (article 2)**

Concernant le point 1° du projet de loi initial

Selon les auteurs, les modifications apportées par les points a) et c) à l'article premier de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers visent à tenir compte de la disparition des „foyers de réadaptation“ qui ne font plus partie du secteur hospitalier mais qui sont exploités en milieu

extrahospitalier. Par ailleurs, conformément au nouveau point 34° inséré par amendement gouvernemental adopté en date du 12 novembre 2010 à l'article 1er du présent projet de loi, une catégorie nouvelle d'établissements sera soumise à la loi hospitalière, à savoir les „établissements d'accueil pour personnes en fin de vie“. Le point b) par contre modifie légèrement la teneur du quatrième alinéa afin d'autoriser d'office tous les établissements hospitaliers à poursuivre une mission d'enseignement et de recherche en matière de santé.

Ces modifications n'appellent pas de commentaires particuliers.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers relèvent néanmoins que le texte coordonné proposé par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale fait apparaître en italique les modifications recommandées par le Conseil d'Etat à l'endroit de l'article premier de la loi modifiée du 28 août 1998 précitée, alors qu'aucun amendement parlementaire ne vise à intégrer ces modifications. Partant, les deux chambres professionnelles s'interrogent s'il s'agit d'une erreur de mise en page ou si la Commission parlementaire entendait suivre les recommandations du Conseil d'Etat.

Concernant le point 2° du projet de loi initial

L'importante refonte de l'article 2 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers est calquée sur l'ancien texte, tout en essayant, selon les auteurs du projet de loi sous rubrique, de faire „ressortir l'impératif de l'intégration du système hospitalier dans le système de santé national, nécessitant une planification coordonnée, notamment au sein de filières de soins intégrées“.

Aux dires des auteurs du projet de loi, la formulation proposée tient „*aussi mieux compte de la nouvelle structuration du plan hospitalier et souligne qu'il est nécessaire de considérer, dans l'intérêt de la santé publique et d'une utilisation efficiente des ressources, des impératifs d'activité médicale minimale et de favoriser certains modes de prise en charge préférentiels, notamment la nécessité de favoriser une prise en charge ambulatoire de certaines pathologies*“. Le plan hospitalier doit ainsi arrêter les modalités détaillées selon lesquelles sont classés les différents établissements hospitaliers et procéder au classement des établissements existants. En outre, il a pour objectif de procéder à la planification des services hospitaliers. Dans ce contexte, les nombres minimal et maximal de médecins par service pouvant être agréés peuvent être fixés, ceci dans un souci de pilotage du développement de l'offre hospitalière, en fonction des besoins du pays en services hospitaliers.

Le plan hospitalier doit en outre tenir compte „*des qualifications médicales et professionnelles, des équipements médico-techniques représentés ou pouvant être représentés, de l'activité médicale existante ou potentielle, des impératifs d'activité minimale, des filières de soins intégrées, ainsi que des modes de prise en charge préférentiels pour certaines maladies ou groupes de maladies*“.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers déplorent que l'article 2 sous rubrique fasse l'objet d'une reformulation assez floue qui en fin de compte ne permet pas de voir quels seront les potentiels de synergies et de spécialisation, voire les planifications coordonnées qui devraient en résulter à l'avenir.

Même si les deux chambres professionnelles approuvent l'idée formulée par les auteurs du texte d'intégrer, par le biais du plan hospitalier, le système hospitalier dans le système de santé national et de veiller à une utilisation efficiente des ressources, notamment en fonction des besoins du pays en services hospitaliers, l'article 2 ne donne pas satisfaction quant à l'orientation précise du plan hospitalier vers une véritable stratégie de rationalisation des structures, de spécialisation des services et de mise en commun des compétences et des ressources, aboutissant à une réelle complémentarité entre les structures et une réduction des dépenses en général.

Il y a donc lieu de préciser la formulation de l'article 2 concerné et de remettre en question toutes les structures et services hospitaliers existants et, le cas échéant, réduire leur nombre.

Aussi les deux chambres professionnelles se voient-elles surprises de ne pas retrouver la mise en place de „centres de compétences“ dans les objectifs devant être poursuivis par le plan hospitalier.

Elles tiennent à citer l'avis du Conseil d'Etat qui prévoit: „*Au lieu de se contenter d'une juxtaposition de structures assimilables, il convient de mieux catégoriser les hôpitaux en fonction de la nature des tâches à accomplir, définies dans une perspective de complémentarité, tout en mettant en place des structures de gestion communes. Le Conseil d'Etat s'étonne que la complémentarité dans la prise en charge que les auteurs veulent promouvoir chez les médecins et les laboratoires ne se retrouve dans l'organisation du paysage hospitalier.*“

Les plans hospitaliers successifs n'ont malheureusement été qu'une reconduction d'une situation existante assurant à chaque établissement hospitalier l'offre de la gamme la plus vaste de services. Le déploiement d'une véritable stratégie s'impose désormais dans le double but de spécialiser davantage les hôpitaux au regard des services offerts et dans le souci de garantir une meilleure qualité des prestations ce qui devra aboutir dans une réforme globale de la loi hospitalière, qui n'est pas prévue par le projet de loi sous avis.

De même, la mise en place d'une filière de soins à l'intérieur des établissements, mais aussi entre les hôpitaux, la création de centres de compétences et le renforcement de la coopération transfrontalière, qui sont à soutenir, devraient être intégrés dans le présent article 2 de la loi hospitalière et ne devra pas avoir comme conséquence l'ouverture de nouvelles structures à côté des structures existantes, mais bien la fermeture éventuelle des structures superflues. Des marges de manœuvre devraient donc subsister par le biais de la formulation du présent article en ce qui concerne la rationalisation des services et des actes médicaux au sein des hôpitaux.

Or même si le projet de loi prévoit la création de ces différents instruments, notamment par le biais du plan hospitalier, il reste malheureusement lettre morte quant à la transposition effective de ces derniers.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers relèvent encore que le texte coordonné proposé par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale fait apparaître en italique les modifications recommandées par le Conseil d'Etat à l'endroit de l'article 2 de la loi modifiée du 28 août 1998 précitée, alors qu'aucun amendement parlementaire ne vise à intégrer ces modifications. Partant, les deux chambres professionnelles s'interrogent s'il s'agit d'une erreur de mise en page ou si la Commission parlementaire entendait suivre les recommandations du Conseil d'Etat.

Concernant le point 3° du projet de loi initial

La carte sanitaire qui constitue un ensemble de documents d'information et de prospective établi et mis à jour par le ministre de la Santé est constituée par un certain nombre de documents énumérés à l'article 3 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, dont l'inventaire de tous les établissements hospitaliers existants (de leurs services, de leur agencement général et de leur taux d'utilisation), le relevé du personnel médical, soignant, administratif, et technique desdits établissements, l'inventaire des équipements et appareils médicaux coûteux nécessitant une planification nationale ou, le cas échéant, nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières (la liste de ces équipements et appareils étant fixée au plan hospitalier national), l'inventaire des équipements et appareils médicaux et de leurs configurations d'ensemble fonctionnel (ne figurant pas sur la liste contenue au plan hospitalier), mais dont le coût est supérieur à un montant limite à fixer par règlement grand-ducal.

Un nouveau point e) introduit au niveau de l'alinéa 1 dudit article 3 de la loi hospitalière vise à souligner l'intégration du système hospitalier dans le système de santé national, nécessitant de tenir compte également de „l'inventaire des établissements ou services prestataires en milieu extrahospitalier collaborant activement avec le secteur hospitalier dans le cadre de filières de soins intégrées et des centres de compétences“.

La modification apportée à l'alinéa 3 vise à remplacer le terme „anonymisé“ par „dépersonnalisé“. En effet, dans certains cas il est nécessaire de pouvoir travailler avec des pseudonymes au lieu de données strictement anonymes. Dès lors, même si l'identité de la personne concernée ne soit pas transmise, des recoupements restent toutefois possibles. De même l'énumération des administrations principalement visées en tant que sources d'informations est remplacée par une formulation plus générique, incluant toutes les autorités luxembourgeoises ou étrangères potentiellement détentrices de données pertinentes.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers considèrent que l'inclusion dans la carte sanitaire de l'inventaire des établissements ou services prestataires en milieu extrahospitalier collaborant activement avec le secteur hospitalier dans le cadre de filières de soins intégrées et des centres de compétences est une nécessité. Toutefois, les deux chambres professionnelles sont d'avis que les notions de cadre de filières de soins intégrées et des centres de compétences devraient être définies de façon plus claire et renvoient aux remarques faites à l'article 2 point 14°.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers relèvent que la Commission parlementaire a décidé de supprimer du projet de loi toute référence aux filières de soins intégrées et les centres de compétence. Le libellé du nouveau point e) n'a pourtant pas été modifié en conséquence.

Les modifications quant au traitement des données sont à saluer. Il importera toutefois de réaliser une mise en réseau efficace de tous les acteurs concernés en vue de l'exploitation de données agrégées en matière de politique des soins, tout en respectant les dispositions quant à la protection des données personnelles.

Concernant les points 4° et 5° du projet de loi initial

L'article 4, alinéa 2 de la loi hospitalière prévoit déjà que le ministre ayant dans ses attributions la Santé peut imposer au moment de la création et de l'extension de tout établissement hospitalier ou de tout service d'un établissement hospitalier des conditions particulières dans l'intérêt de la santé publique.

Les changements apportés aux articles 4 et 5 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers visent à préciser, en cohérence avec l'article 2 de la même loi, que ces conditions particulières imposées dans l'intérêt de la santé publique peuvent le cas échéant concerner les qualifications médicales et professionnelles ou les équipements médico-techniques représentés ou pouvant être représentés, des impératifs d'activité minimale, la participation à des filières de soins intégrées, ainsi que des modes de prise en charge préférentiels pour certaines maladies ou groupes de maladies.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers renvoient à ce propos aux commentaires de l'article 2 point 2°.

Concernant le point 6° du projet de loi initial

Les modifications apportées à l'article 7 de la loi hospitalière visent à étendre les cas dans lesquels le ministre peut mettre en demeure un établissement à deux cas nouveaux, à savoir le non-respect des conditions particulières lui imposées dans l'intérêt de la santé publique conformément aux articles 2, 4 ou 5 de la présente loi et le fait de contrevenir de façon itérative aux dispositions de la loi hospitalière.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010 et suite à l'avis du Conseil d'Etat, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale renonce à la précision que la création et l'extension de tout établissement hospitalier ou d'un service peut être subordonné à des conditions particulières imposées dans l'intérêt de la santé.

Les deux chambres professionnelles notent que le point sous rubrique veille à maintenir le parallélisme avec l'introduction de conditions particulières définies au point 2° et reprises aux points 4° et 5°. Les remarques faites au point 2°, quant à une refonte de l'article 2 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, s'imposent ici également.

Concernant le point 7° du projet de loi initial

La modification apportée à l'article 10 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers vise à préciser que le champ des normes hospitalières pouvant être prises par voie de règlement grand-ducal est étendu aux modalités de documentation de l'activité.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers peuvent approuver la précision apportée au champ des normes hospitalières étant donné que la détermination de normes hospitalières précises favorise des procédures, activités ainsi qu'une documentation et une évaluation de qualité. Toutefois elles regrettent profondément que les auteurs ont, une fois de plus, raté une occasion importante de redéfinir de fond en comble ledit champ en y incluant, à côté des normes concernant les critères de gestion efficiente, également et surtout des normes liées à la qualité des traitements et soins.

Concernant le point 8° du projet de loi initial

La disposition nouvelle introduite au niveau de l'article 12 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, couplée avec l'abrogation des articles 12 et 21 actuels, vise à faciliter et encourager le regroupement d'activités hospitalières par la mise en commun d'activités existantes ou par de nouveaux investissements communs.

Ainsi, sur décision de leurs organismes gestionnaires respectifs, des établissements hospitaliers peuvent s'associer et bénéficier des aides prévues à l'article qui précède, lorsqu'ils procèdent à des investissements communs ou à la fédération d'activités hospitalières. Dès lors, le taux de 50% de l'aide publique est aboli en faveur de l'application de l'article 11 qui prévoit un taux de participation de 80%,

d'une part, et l'obligation d'organiser ces regroupements au sein d'un groupement d'intérêt économique (GIE) a été abandonnée au profit d'un accord préalable du ministre de la Santé sur les éléments essentiels de la structure juridique donnée au regroupement, d'autre part.

Les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 visent à renforcer la promotion du principe de la mise en commun d'activités hospitalières et de le dissocier de questions d'ordre juridique et organisationnel. Ainsi, l'accord préalable du ministre de la Santé sur les éléments essentiels de la structure juridique donnée au regroupement est abandonné tout comme la possibilité de réalisation d'une „fédération d'activités hospitalières“. Il est précisé par les auteurs que cette approche ne dispense pas les initiateurs de telles mises en commun de respecter les obligations découlant de la loi hospitalière respectivement du plan hospitalier, plus précisément „les impératifs en matière de sécurité, de continuité des soins et de qualité de la prise en charge“.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers doutent que la mise en commun renforcée d'activités liée à des projets d'investissements communs peut réellement aboutir sur la base de la présente disposition qui doit être qualifiée d'extrêmement vague, même si en soi l'approche choisie va dans la bonne direction. Les deux chambres professionnelles considèrent que la „fédération d'activités hospitalières“ constituerait un concept important à maintenir dans le texte en vue de favoriser des synergies plus vastes entre organismes gestionnaires. Il est par ailleurs remarquable qu'à l'avenir, l'aide publique pour lesdits types d'investissement sera d'office de 80% et non plus de 50%. Les deux chambres professionnelles plaident pour une augmentation de l'aide jusqu'à 100% étant donné que l'efficacité des structures communes à mettre en place garantira une valeur ajoutée réelle tout comme une efficacité des ressources.

Concernant le point 9° du projet de loi initial

La modification apportée à l'alinéa 2 de l'article 13 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers a pour objet d'habiliter un règlement grand-ducal de la détermination des modalités détaillées de la procédure de demande d'aide en vue de la mise en commun d'activités hospitalières et, par conséquent, de la réalisation d'investissements communs, notamment en ce qui concerne les délais et modalités d'instruction du dossier à respecter, plus particulièrement l'instruction de la demande par le ministre de la Santé et par la commission permanente pour le secteur hospitalier, les pièces justificatives à joindre au dossier et les cas dans lesquels une étude des besoins et de l'impact sur le système de santé sera dorénavant requise.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers saluent le fait que les modalités détaillées de la procédure de demande d'aide soient déterminées par règlement grand-ducal ce qui permettra de rendre plus transparent les procédures et les critères d'octroi et d'analyse. Cependant, elles sont d'avis qu'un pareil règlement grand-ducal précisant, entre autres, les cas dans lesquels une étude des besoins et de l'impact sur le système de santé serait nécessaire, aurait dû être communiqué au moment du dépôt du présent projet de loi, étant donné que l'étude des besoins et de l'impact financier en rapport avec un projet précis constitue un des fondements de la nouvelle approche favorisant les investissements communs, introduite à l'article 2, point 8°.

Concernant le point 10° du projet de loi initial

Cet article a pour objet de procéder à une adaptation des missions du commissaire de Gouvernement aux hôpitaux. Ce dernier a comme missions nouvelles, à part le contrôle de l'affectation des subventions publiques, mission déjà contenue dans la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, le contrôle de la gestion administrative et financière des hôpitaux, la réalisation de propositions en relation avec une meilleure utilisation des ressources; le soutien des projets d'intérêt commun et la fédération des activités des établissements hospitaliers et la mission spécifique de tenir, sur base des informations à fournir par les établissements hospitaliers, le registre des médecins agréés dans les différents services hospitaliers.

Par ailleurs le nouvel article 18 précise que le commissaire en question „peut assister avec voix consultative aux délibérations de toute commission ou organe consultatif sous tutelle du ministre ayant dans ses attributions la Santé, lorsqu'un tel organe est saisi d'une question concernant le secteur hospitalier“.

Les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 visent à reformuler l'article 18, alinéa 2, tiret 4 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers qui

redéfinit une nouvelle mission du commissaire de Gouvernement aux hôpitaux tout en prenant la teneur suivante: „– faciliter les projets d’intérêt commun des établissements hospitaliers“.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers revendiquent que le statut et le rôle du commissaire de Gouvernement aux hôpitaux soient redéfinis. Ainsi ce dernier devrait être affecté à temps plein à sa tâche de commissaire ce qui permettrait d’avoir un allié important en vue de garantir une supervision et un contrôle continu des projets engagés et leur analyse selon le critère d’efficacité en matière de gestion administrative et financière. Les deux chambres professionnelles plaident en faveur de la nomination d’une personne externe au système des soins de santé afin de garantir également une objectivité et indépendance suffisante en termes d’appréciation. La personne à nommer au poste de commissaire devrait par ailleurs ne pas être contrainte par un risque de conflit d’intérêts quelconque pouvant naître du fait d’un cumul de la fonction de commissaire avec d’autres fonctions au sein de commissions ou organes du domaine de la santé ou de la sécurité sociale.

En outre, les deux chambres professionnelles se demandent en quoi consisteront au juste les moyens mis à la disposition du commissaire en vue de „faciliter“ des projets d’intérêt commun de la part des établissements hospitaliers.

Concernant le point 11° du projet de loi initial

Cet article procède à des modifications ponctuelles de l’article 19 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers qui concernent un réagencement de la composition de la commission permanente pour le secteur hospitalier, d’une part, et des adaptations terminologiques, d’autre part.

La commission permanente pour le secteur hospitalier, qui exerce des fonctions consultatives auprès des Ministres de la Santé et de la Sécurité Sociale, a pour mission de donner son avis sur les projets de plan hospitalier, l’aide financière accordée par l’Etat aux investissements hospitaliers, les modifications concernant les services hospitaliers (autorisations, cessations totales ou partielles, réductions ou suppressions de services hospitaliers), les normes d’aménagement et d’organisation des établissements hospitaliers, les projets d’établissement et en général sur tout ce qui touche le secteur hospitalier.

Les partenaires sociaux, membres du comité directeur de la CNS, sont représentés au nombre de quatre (deux représentants des salariés et deux représentants des employeurs) à la commission permanente pour le secteur hospitalier. Par l’intermédiaire de la commission permanente, le département de la sécurité sociale et la Caisse Nationale de Santé (CNS) ont donc la possibilité d’exprimer leur opinion sur tout ce qui touche l’organisation d’activités hospitalières que la sécurité sociale est amenée à financer.

Or, le projet de loi sous avis prévoit de diminuer le nombre des représentants de la CNS de quatre à trois (un représentant des salariés, un représentant des employeurs et le président de la CNS) et d’augmenter le nombre des représentants du ministre de la santé et de la sécurité sociale de trois à quatre. On assiste donc à une diminution de la prise d’influence des partenaires sociaux dans la procédure de consultation de l’organisation du secteur hospitalier alors que leurs ressortissants devront supporter la majeure partie des dépenses.

Par conséquent, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers s’opposent formellement à la modification projetée de la composition de la commission permanente pour le secteur hospitalier et demandent aux autorités de maintenir en place la composition actuelle de ladite commission.

Concernant le point 12° du projet de loi initial

La nouvelle rédaction de l’article 23 vise à souligner dans la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers la notion de responsabilité des établissements hospitaliers dans l’évaluation et le contrôle des risques liés aux soins qui y sont prodigués et dans l’évaluation et la promotion de la qualité des prestations qui y sont délivrées. Cette orientation est déjà inscrite dans le chapitre 4 du règlement grand-ducal du 13 mars 2009 établissant le plan hospitalier national et déterminant les missions et la composition minimales des structures d’évaluation et d’assurance qualité des prestations hospitalières et les modalités de coordination nationale de ces structures.

La coordination nationale des structures mentionnée ci-dessus est assurée par le „Comité national de coordination de l’assurance qualité des prestations hospitalières“. Les frais de fonctionnement et les indemnités des membres du Comité national de coordination sont à charge du budget de l’Etat.

Comme dans la version actuelle de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, un règlement grand-ducal précisera également à l'avenir les missions et la composition minimale de ces structures, les modalités relatives à leur coordination. Par ailleurs, il fixera l'indemnité des membres du Comité national de coordination.

Les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 visent à préciser davantage la mission de l'organisme gestionnaire en matière de gestion des risques et de la qualité.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers sont convaincues de l'utilité du futur „Comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières“. Sa création est justifiée en ce sens que des normes pour la qualité des prestations dans les hôpitaux seront enfin créées ce qui exige évidemment un apport en qualité de tous les prestataires.

Néanmoins, les deux chambres professionnelles posent toutefois la question de la valeur ajoutée des multiples organes de pilotage mis en place par voie légale.

Afin d'accroître la transparence en matière d'évaluation de la qualité en milieu hospitalier, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers demandent de publier les performances des différents hôpitaux mesurées sur la base de normes de qualité reconnues.

Les deux chambres professionnelles, tout en saluant donc la création d'un tel comité national, insistent pour que la coordination de l'assurance qualité ne se limite pas seulement aux prestations dispensées par le personnel hospitalier, mais englobe également les actes médicaux.

Il faut donc que les prestataires se basent dans le futur sur des critères internationaux de qualité reconnus dans leurs traitements, reprenant notamment les droits des patients et leur information, la santé digitale, le temps d'attente pour bénéficier d'un traitement (accès au traitement), les résultats en terme de santé des soins effectués, l'éventail et la portée des services offerts, les produits pharmaceutiques utilisés, etc.

Concernant le point 13° du projet de loi initial

Les modifications apportées à l'article 26, alinéa 1 concernent la structuration de l'activité médicale. La notion de „service de base“, qui a perdu son importance initiale avec le développement général de services plus spécialisés et structurés, est abrogée. Cela étant, les modalités de structuration des services et le périmètre de l'activité médicale resteront fonction du projet de service tel qu'autorisé en application du plan hospitalier.

Cette modification n'appelle pas de commentaires particuliers, si ce n'est le renvoi aux observations faites dans le cadre de l'article 2, point 2° concernant la reformulation de l'orientation fondamentale que doit prendre le plan hospitalier.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers relèvent que le texte coordonné proposé par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale fait apparaître en italique les modifications recommandées par le Conseil d'Etat à l'endroit de l'article 26 alinéa 1 de la loi modifiée du 28 août 1998 précitée, alors qu'aucun amendement parlementaire ne vise à intégrer ces modifications. Partant, les deux chambres professionnelles s'interrogent s'il s'agit d'une erreur de mise en page ou si la Commission parlementaire entendait suivre les recommandations du Conseil d'Etat.

Concernant le point 14° du projet de loi initial

Cet article introduit au niveau de la loi hospitalière un nouvel article 26bis consacré aux „filière de soins intégrée“ et „centre de compétences“.

Pour certaines maladies ou groupes de maladies, il est établi que l'excellence des soins d'un prestataire ou d'un service ne permet d'obtenir un résultat optimal pour le patient que si les soins prodigués s'inscrivent dans une séquence coordonnée de prestations délivrées par des prestataires ou services différents. Cette coordination de prise en charge est idéalement assurée par l'intégration des prestataires concernés. L'intégration horizontale assure la coordination des actions des prestataires vers un objectif commun centré sur le patient, tandis que l'intégration verticale assure la coresponsabilisation des prestataires par rapport aux résultats globaux de la prise en charge.

Le projet de loi précise que cette intégration horizontale et verticale des prestataires impliqués dans la prise en charge de certaines maladies ou groupes de maladies porte le nom de „filière de soins intégrée“. Un contrat d'objectifs et de moyens conclu avec le ministre ayant dans ses attributions la Santé répond à un cahier des charges établissant le ou les besoins de santé publique à couvrir; l'asso-

ciation de la CNS à ce contrat permet d'allouer les ressources aux divers prestataires en fonction des objectifs poursuivis.

Le commentaire des articles dit par ailleurs que lorsqu'une ou plusieurs filières de soins intégrées atteint les objectifs fixés par le contrat conclu avec le ministre ayant dans ses attributions la Santé et la CNS, tant en matière d'intégration des prestataires qu'en matière de qualité de résultats pour les patients selon les termes du cahier de charges définitif, le titre de „centre de compétences“ est conféré à la ou aux filière(s) de soins concernée(s).

Ce dispositif a pour but de coordonner les actions et de responsabiliser les prestataires de soins impliqués dans les prises en charge interdisciplinaires et séquentielles de maladies complexes et/ou prolongées, afin d'en améliorer les résultats. L'appartenance à une telle filière de soins constitue pour le prestataire soucieux de la qualité de ses prestations, désireux de documenter cette qualité, et attentif à la coordination efficiente de ses actions avec celles de ses partenaires, l'opportunité de faire partie d'un „centre de compétences“ reconnu pour une maladie ou un groupe de maladies.

Le label „centre de compétences“ ne peut être décerné à un seul service ou prestataire, mais recouvre l'action concertée de plusieurs services et/ou prestataires intégrés en filière, pouvant dépasser ainsi le cadre géographique d'un établissement hospitalier et favorisant les coopérations entre les établissements et les divers secteurs de soins (hospitaliers, ambulatoires, de rééducation, long séjour, ...).

Le contrat d'objectifs et de moyens définitif fixe notamment les objectifs, les critères de qualification et de compétence des prestataires, de volume d'activité, les modalités de documentation des indicateurs de résultats et le contenu du rapport annuel d'activité.

Un règlement grand-ducal précise les modalités et détails de la procédure à suivre, y inclus les cas et conditions de renouvellement et de résiliation des conventions d'objectifs et de moyens attribuant l'appellation „centre de compétences“ ou „filière de soins intégrée“.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers considèrent le présent point 14° instaurant un nouvel article 26bis consacré aux „filière de soins intégrée“ et „centre de compétences“ comme étant un article fondamental autour duquel pourrait être organisé une politique de rationalisation et de restructuration des services hospitaliers. Toutefois, les deux chambres patronales regrettent que les définitions contenues dans le texte soient peu précises, ce qui inclut le risque évident que la réforme n'aura pas l'effet escompté à terme.

La mise en place d'une filière de soins à l'intérieur des établissements, mais aussi entre les hôpitaux, la création de centres de compétences et le renforcement de la coopération transfrontalière, qui sont à soutenir, ne devra pas avoir comme conséquence l'ouverture de nouvelles structures à côté des structures existantes, mais bien la fermeture éventuelle des structures superflues. Or, même si le projet de loi prévoit la création de ces différents instruments, le règlement grand-ducal servant à la transposition effective de ces derniers n'est pas connu. La notion de „compétences“ devrait par ailleurs se définir par référence à des compétences standardisées connues dans des établissements de taille similaire à l'étranger.

Dès lors, les bons choix opérés au niveau du présent point risquent malheureusement de rester lettre morte.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010, le point 14 est supprimé.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers s'opposent formellement à l'abandon isolé de cette mesure, pourtant essentielle du projet de réforme, alors que l'intégralité du projet de loi devrait être retirée. Les deux chambres professionnelles arrivent au même constat que la commission parlementaire au sujet du manque d'éléments permettant de faire des propositions constructives au sein de la réforme.

Concernant le point 15° du projet de loi initial

Le présent article vise à ancrer au niveau de l'article 29 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers la notion de médecin-coordonateur.

Un ou plusieurs médecin-coordonateur, nommé par l'organisme gestionnaire et placé sous l'autorité du directeur médical, assure le développement et la coordination de l'activité médicale d'un service hospitalier ou d'un groupement de services hospitaliers conformément aux objectifs du ou des projet(s) de service afférents et aux orientations du projet d'établissement de l'établissement.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010, il est précisé que le médecin-coordonateur ne sera pas soumis sous l'autorité du directeur médical mais assiste celui-ci dans les missions visées par l'article 29 complété.

Son rôle primaire est d'assurer, en étroite collaboration avec le responsable des soins et le pharmacien responsable, une fonction de coordination et de planification de l'activité médicale du ou des services(s). Dans ce contexte il veillera notamment au bon fonctionnement du ou des service(s) et à la qualité des prestations, à la standardisation des traitements et de la prise en charge de patients et à l'utilisation efficiente des ressources disponibles.

Si le médecin-coordonateur ne peut directement intervenir dans le traitement d'un patient déterminé, il doit néanmoins pouvoir disposer d'un droit de regard sur l'activité du ou des service(s) qu'il est censé coordonner.

Là aussi, un règlement grand-ducal précise le statut, les missions et les attributions des médecins-coordonateurs ainsi que les modalités de leur désignation.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers saluent l'instauration du concept même du médecin-coordonateur dans le secteur hospitalier. Toutefois, elles se demandent comment dans la pratique ce dernier réussira à être à la hauteur des demandes, notamment en ce qui concerne sa mission de coordination et de planification dans une perspective d'utilisation efficiente des ressources. Les deux chambres plaident pour une redéfinition du statut du médecin-coordonateur dans le secteur hospitalier à l'image du „Chefarzt“ en Allemagne.

Il faut par ailleurs se poser la question de savoir ce qu'il faut entendre par le „responsable de soin“, notion qui n'est nullement définie dans les textes, mais avec lequel le médecin-coordonateur devra coopérer et en quoi consiste au juste le „droit de regard sur l'activité“ du ou des service(s) que le médecin-coordonateur est censé coordonner.

Concernant le point 16° du projet de loi initial

Aux dires des auteurs du projet de loi sous avis, l'article 31 actuel de la loi hospitalière n'est pas sans poser problème. D'une part, malgré la signature en 2002 d'un accord entre l'Association des médecins et des médecins-dentistes et l'Entente des hôpitaux luxembourgeois portant sur le contrat-type, de nombreux contrats-types ne semblent pas correspondre à son contenu. D'autre part, si la démarche choisie a comme mérite la recherche d'un accord entre organismes représentatifs des établissements hospitaliers et des prestataires concernés, la régularité constitutionnelle de ce type de mécanisme est sujette à caution.

Sans modifier, quant au fond, l'objet de cet article 31, le point 16° précise le statut du médecin hospitalier en clarifiant sa position dans le fonctionnement interne de l'établissement hospitalier.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010, le terme „d'agrément“ du médecin hospitalier est remplacé par „collaboration“.

Le présent point 16° n'appelle pas de commentaires spécifiques.

Concernant le point 17° du projet de loi initial

Les modifications apportées à l'article 33 de la loi hospitalière ont pour but d'adapter le régime des pharmacies hospitalières. Ainsi, elles peuvent fonctionner sous forme d'un service intégré à l'établissement hospitalier ou être assurée à travers une structure interne réduite associée à une structure en dehors de l'établissement hospitalier, de façon à garantir la continuité des soins et les besoins urgents de l'établissement hospitalier. La structure en dehors de l'établissement hospitalier peut être une pharmacie hospitalière intégrée à un autre établissement hospitalier ou une structure à part commune à plusieurs établissements hospitaliers, qui peuvent, le cas échéant, relever de plusieurs régions hospitalières. Dès lors, la nouvelle rédaction de l'article 33 vise à permettre la mise en place de structures communes à plusieurs hôpitaux, permettant ainsi de réaliser davantage de synergies.

Toutefois, un règlement grand-ducal détermine les conditions auxquelles la pharmacie hospitalière ou la structure à part doit répondre.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers approuvent les modifications du présent point 17°.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers relèvent que le texte coordonné proposé par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale fait apparaître en italique la suppression de certains termes, notamment les régions hospitalières, de l'article 33 de la loi modifiée du 28 août 1998 précitée,

modifications recommandées par le Conseil d'Etat, alors qu'aucun amendement parlementaire ne vise à intégrer ces modifications. Partant, les deux chambres professionnelles s'interrogent s'il s'agit d'une erreur de mise en page ou si la Commission parlementaire entendait suivre les recommandations du Conseil d'Etat.

Concernant le point 18° du projet de loi initial

L'abrogation de l'article 16 de la loi hospitalière vise à abolir l'obligation de faire un projet de loi pour des projets d'importance mineure. Il est entendu qu'il ne restera pas moins obligatoire de faire un projet de loi pour tout projet dépassant le seuil de droit commun fixé en application de l'article 99 de la Constitution.

L'article 21 est abrogé pour être couvert par les dispositions nouvellement introduites au niveau de l'article 12 de la loi hospitalière conformément à ce qui est dit au point 8° ci-avant.

Les articles 34 et 35 de la loi hospitalière sont abrogés au profit de dispositions nouvelles insérées au niveau du Code de la sécurité sociale.

Le présent point 18° n'appelle pas de commentaires spécifiques.

C. Dispositions financières (articles 3 à 7)

Concernant l'article 3

Selon les auteurs, la baisse de la réserve minimale de 10% à 5,5% a servi de mesure unique pour compenser pour l'exercice 2010 le déficit de l'assurance maladie-maternité. Le projet de loi initial a prévu que la réserve minimale soit reconstituée progressivement sur 3 ans.

Par ailleurs, pour permettre à la CNS de faire face à d'éventuelles impasses de trésorerie passagères dans sa gestion „maladie“, une ligne de crédit peut être ouverte „sans frais“ par le comité directeur auprès de sa gestion „dépendance“.

Les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 ont réduit la limite inférieure de la réserve prévue pour l'exercice 2011 à 5,5 pour cent, pour l'exercice 2012 à 6,5 pour cent, pour l'exercice 2013 à 7,5 pour cent et pour l'exercice 2014 à 8,5 pour cent. Dès lors, la reconstitution de la réserve est désormais échelonnée sur 4 années.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers sont d'avis que la réserve minimale devrait être limitée à 10%. Partant elles souscrivent aussi à une reconstitution partielle de la réserve minimale sur une durée de 4 ans. Par ailleurs, elles sont d'accord à titre tout à fait exceptionnel que des impasses de trésorerie passagères et exceptionnelles dans la gestion „maladie“ soient couvertes par le fonds de roulement de la gestion „dépendance“ tout en insistant que ces transferts ne deviennent pas un principe de gestion des budgets.

Concernant l'article 4

Pour les deux années à venir, les lettres-clés des médecins et autres professionnels de santé sont maintenues au niveau actuel. La lettre-clé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique est adaptée de façon plus substantielle, à savoir une diminution de 0,3557 à 0,3050, et ceci pour tenir compte des gains d'efficacité et des économies d'échelle que ce secteur a rencontrés notamment vu le progrès technique considérable des quinze dernières années. En outre, l'offre de ce secteur, aussi bien privée qu'hospitalière, dépasse largement les besoins effectifs de la population et ne peut pas être justifiée par „l'utile et le nécessaire“.

Les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 ont fait que par dérogation aux articles 65, alinéa 2 et 67 à 70 du CSS, les valeurs des lettres-clés des nomenclatures des prestataires visées à l'article 65, alinéa 1er soient maintenues par rapport à leur valeur applicable au 31 décembre 2010 pour la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2012.

Toutefois pour la même période, et par dérogation à l'alinéa précédent, la valeur de la lettre-clé de la nomenclature des médecins est fixée à 0,51109 à l'indice 100, celle de la nomenclature des médecins-dentistes est fixée à 0,62021 à l'indice 100 et celle de la nomenclature des infirmiers est fixée à 0,65251 à l'indice 100.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010, l'alinéa 1 de l'article 4 du présent projet de loi est modifié conformément à la recommandation du Conseil d'Etat et l'alinéa 2, supprimé par inadéquation, est rétabli.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers plaident en faveur d'une désindexation complète des tarifs et forfaits, afin d'entraîner par conséquent un arrêt des adaptations automatiques desdits éléments et en même temps un frein à l'augmentation sans contrôle des frais liés aux soins. Les deux chambres professionnelles revendiquent par ailleurs que le parallélisme entre les conventions négociées dans les secteurs de la santé et celles existant dans la fonction publique soit abandonné.

Concernant l'article 5

Cet article prévoit de déterminer par voie de règlement grand-ducal des réductions à opérer sur les coefficients des actes et services prévus dans la nomenclature des médecins, limités dans le temps à l'exercice 2011.

L'alinéa 2 de cet article prévoit une révision ciblée de certains actes de la nomenclature des laboratoires d'analyses médicales.

Les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 ont rappelé que le 10 novembre 2010, le comité directeur de la Caisse nationale de santé a adopté le budget de l'exercice 2011 en décidant des mesures d'économies statutaires à hauteur de 20 millions d'euros, tout en précisant que cette décision était liée au maintien dans le projet de loi d'une économie correspondante à réaliser à charge des prestataires de soins. Tenant compte de la décision précitée, l'alinéa 2 de l'article 5 du projet de loi a été supprimé.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010, il est donné suite aux observations du Conseil d'Etat relatif à l'indication des prestataires concernés et la suppression des renvois au CSS.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers sont d'avis que les prestataires dans le domaine de la santé devraient contribuer pour une plus grande part à la maîtrise de l'évolution du coût global de l'assurance maladie-maternité en vue d'assurer ainsi la pérennité de notre système de santé. Il importe en effet que la charge soit équitablement répartie entre parties concernées. L'approche d'une adaptation tarifaire devrait également être effectuée dans le cadre des forfaits pour analyses stationnaires.

Comme il a été précisé dans les considérations générales, les deux chambres professionnelles critiquent l'approche du Gouvernement qui se désresponsabilise au niveau de sa contribution étatique par le biais d'une dotation spécifique destinée à compenser les risques de l'assurance maladie-maternité découlant de l'intégration des prestations de maternité, surtout des prestations en espèce, dans le régime général.

Concernant l'article 6

La réforme structurelle du financement du secteur hospitalier prévoit à l'article 74 du Code de la sécurité sociale l'introduction d'une enveloppe budgétaire globale. Tel qu'exposé, cette mesure fait partie des mesures visant à mettre en place une gouvernance commune pour l'ensemble des établissements hospitaliers et est principalement destinée à cadrer l'évolution financière à terme de ce secteur. Le présent alinéa arrête une fixation initiale de cette enveloppe. Dès lors, la progression annuelle de l'enveloppe budgétaire globale pour la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2012 par rapport à l'année 2010 est fixée à 3%. La procédure d'établissement des budgets spécifiques des établissements hospitaliers prévue à l'article 77 est suspendue en conséquence pour les années 2011 et 2012. Ces budgets peuvent exceptionnellement être fixés jusqu'au 1er juillet 2011.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010, il est introduit la précision à l'alinéa 1 de l'article 6 que le taux de progression de 3% est soumis à une progression indiciaire.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers, tout en approuvant la façon de procéder des auteurs du projet de loi de fixer une enveloppe budgétaire globale, s'interrogent comment le taux de 3% a été décidé par les auteurs du projet de loi. Les deux chambres professionnelles estiment que ce taux reste élevé par rapport à l'objectif du projet de loi de réduire les dépenses, ce d'autant plus que le secteur hospitalier représente la partie la plus importante des dépenses de la CNS. Les deux chambres professionnelles s'opposent à ce que le taux de croissance des dépenses soit indexé, ce d'autant plus que le budget 2011 de la CNS prévoit une limitation de 3% sans indexation.

Concernant l'article 7

Dans le projet de loi initial, les auteurs avaient argumenté qu'une augmentation limitée des cotisations de 0,40%, „attribuant de façon contrôlée et équitable les dépenses supplémentaires aux budgets

des ménages, des employeurs et de l'Etat", est nécessaire afin de reconstituer la réserve minimale précitée, de compenser partiellement et de façon complémentaire aux mesures plus radicales l'excédent des charges du système de soins de santé et de donner les délais nécessaires aux mesures structurelles d'être mises en œuvre respectivement de montrer leurs effets.

Les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 suppriment l'article 7 du projet de loi initial.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers tiennent à rappeler leur opposition absolue à toute augmentation des cotisations et à toute initiative visant un déplafonnement des cotisations en matière de soins de santé, ceci pour des raisons de compétitivité, tel qu'il a été exposé aux considérations générales.

D. Dispositions abrogatoires (articles 8 et 9)

Concernant l'article 8

Le projet de loi introduit au Code de la sécurité sociale un nouvel article 22bis relatif à l'établissement de groupes de médicaments à même principe actif principal. Cette disposition risque de faire double emploi avec l'article 18bis de la loi modifiée du 11 avril 1983 portant réglementation de la mise sur le marché et de la publicité des médicaments. L'article 18bis a été introduit par la réforme de 1992, mais jamais appliqué. Il prévoit déjà une liste de transparence de produits „d'une valeur thérapeutique comparable“. Les auteurs du projet de loi argumentent dès lors qu'il y a partant lieu d'abroger l'article 18bis.

L'article n'appelle pas de commentaires spécifiques de la part des deux chambres professionnelles.

Concernant le nouvel article 8 inséré par amendement gouvernemental adopté en date du 12 novembre 2010

Par cet article nouveau, inséré par les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010, l'article 2, alinéa 5 de la loi modifiée du 17 mai 2004 relative à la concurrence est abrogée, étant donné que les attributions de fixation du prix des médicaments à usage humain sont transférées du ministère de l'Economie vers le ministère de la Sécurité sociale.

Le présent nouvel article n'appelle pas de commentaires spécifiques de la part des deux chambres professionnelles, si ce n'est que le ministère de la Sécurité sociale doit respecter les principes et les modalités d'application de la législation sur les prix.

E. Dispositions transitoires (articles 10 à 12)

Concernant le nouvel article 9 inséré par amendement gouvernemental adopté en date du 12 novembre 2010

L'article en question, inséré par les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010, prévoit qu'en attendant la constitution de la Commission de nomenclature suivant les modalités de désignations prévues, ses attributions sont provisoirement exercées par la Commission de nomenclature en fonction au 31 décembre 2010.

Le présent nouvel article n'appelle pas de commentaires spécifiques de la part des deux chambres professionnelles.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers relèvent néanmoins que le texte coordonné proposé par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale fait apparaître en italique l'ajout de la date butoir du 30 juin 2011 au recours de la Commission de nomenclature en fonction à ce jour, date recommandée par le Conseil d'Etat, alors qu'aucun amendement parlementaire ne vise à intégrer cet ajout à l'article 9 du présent projet de loi. Partant, les deux chambres professionnelles s'interrogent s'il s'agit d'une erreur de mise en page ou si la Commission parlementaire entendait suivre les recommandations du Conseil d'Etat.

Concernant le nouvel article 10 inséré par amendement gouvernemental adopté en date du 12 novembre 2010

L'article en question, également inséré par les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010, précise la validité des autorisations d'exploitation d'un service de base d'un éta-

blissement hospitalier, accordés par le ministre ayant la Santé dans ses attributions en application du règlement grand-ducal du 13 mars 2009 établissant le plan hospitalier national et déterminant les missions et la composition minimales des structures d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières et les modalités de coordination nationale de ces structures.

Le présent nouvel article n'appelle pas de commentaires spécifiques de la part des deux chambres professionnelles.

Concernant l'article 9 du projet de loi initial

Les litiges actuellement pendants sont à traiter en application de l'ancienne procédure et l'ancienne composition en place, alors que le nouveau régime et la nouvelle composition doivent être mis en place en janvier 2011.

Le présent article n'appelle pas de commentaires spécifiques de la part des deux chambres professionnelles.

Concernant l'article 10 du projet de loi initial

Un délai supplémentaire est accordé aux prestataires de soins et à la Caisse nationale de santé pour négocier l'insertion des dispositions obligatoires révisées à l'article 64 du Code de la sécurité sociale dans les conventions respectives.

Le présent article n'appelle pas de commentaires spécifiques de la part des deux chambres professionnelles.

Concernant l'article 11 du projet de loi initial

Cet article permettra l'engagement des fonctionnaires et employés nécessaires au bon fonctionnement de la Cellule d'expertise médicale, ainsi que le renforcement des effectifs du Contrôle médical de la sécurité sociale et de l'Inspection générale de la sécurité sociale.

Le présent article n'appelle pas de commentaires spécifiques de la part des deux chambres professionnelles.

Concernant l'article 12 du projet de loi initial

Cet article prévoit l'introduction d'une dotation forfaitaire annuelle de 20 millions d'euros de l'Etat au profit de l'assurance maladie-maternité destinée à compenser dans une phase initiale les effets de l'intégration des prestations en espèces de maternité dans le régime général.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010, il est précisé que la phase initiale est limitée au 31 décembre 2013 et que l'Inspection générale de la sécurité sociale sera chargée d'évaluer la somme de 20 millions d'euros à cette échéance.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers s'opposent formellement à toute déresponsabilisation de l'Etat qui a opté en faveur d'une intégration des prestations en espèces de maternité dans le régime général, par référence à ce qui a été relevé aux considérations générales. Par ailleurs, elles insistent plus particulièrement sur le fait que l'enveloppe budgétaire prévue afin de couvrir les dépenses en matière de prestations en espèces de maternité est tout à fait insuffisante étant donné la croissance future probable des dépenses en question.

F. Mise en vigueur (article 13)

Concernant l'article 13 du projet de loi initial

Par rapport au projet de loi initial, les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 visent à adapter les dates de mise en vigueur de certaines dispositions.

Ainsi la future loi sort ses effets au 1er janvier 2011, à l'exception de:

- l'article 1er, point 8° introduisant un nouvel article 19bis dans le CSS qui entre en vigueur le 1er janvier 2012;
- l'article 1er, point 11° introduisant un nouvel article 22bis dans le CSS qui entre en vigueur le 1er janvier 2012;
- l'article 1er, point 12° introduisant un nouvel article 22ter dans le CSS et de l'article 8 du projet de loi qui entrent en vigueur le 1er septembre 2011;

- l'article 1er, point 46° modifiant l'article 74, alinéa 7 du CSS qui entre en vigueur le 1er avril 2011.

Les amendements en question prévoient dès lors une entrée en vigueur différée pour la disposition du médecin référent afin de permettre aux parties signataires de la convention afférente d'en pouvoir élaborer les modalités d'applications.

Afin de permettre à la CNS de mettre en place la procédure se rapportant à la fixation des prix des médicaments à usage humain il y a lieu de prévoir une phase transitoire de transfert des compétences.

La disposition d'entrée en vigueur différée de l'application du régime extrahospitalier pour l'activité correspondante des laboratoires hospitaliers est réduite d'un an à trois mois, et ceci afin d'assurer un traitement égal des laboratoires privés et hospitaliers à partir de l'application des tarifs fixés par le biais de l'article 5, alinéa 2 du projet de loi.

Le présent article n'appelle pas de commentaires spécifiques de la part des deux chambres professionnelles.

*

IV. OBSERVATION FINALE

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers demandent au Gouvernement le retrait du projet de loi et l'instauration d'une réflexion concertée en vue d'aboutir à une réforme substantielle de l'assurance maladie courant 2012. Aux yeux des deux chambres professionnelles, c'est uniquement de cette façon qu'il sera possible de parvenir à la stabilisation financière de l'assurance maladie.

*

Après consultation de leurs ressortissants, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers ne peuvent approuver le projet de loi dans sa forme actuelle et réclament une réforme plus élargie suivant leurs remarques faites dans le cadre du présent avis.

Service Central des Imprimés de l'Etat

6196/08

N° 6196⁸**CHAMBRE DES DEPUTES**

Session ordinaire 2010-2011

PROJET DE LOI**portant réforme du système de soins de santé et modifiant:**

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

* * *

AVIS COMPLEMENTAIRE DU CONSEIL D'ETAT

(7.12.2010)

Par dépêche du 26 novembre 2010, le Président de la Chambre des députés a saisi le Conseil d'Etat d'une série d'amendements au projet de loi sous rubrique, adoptés par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale au cours de ses réunions du 25 novembre 2010. Au texte des amendements ont été joints une motivation ainsi qu'un texte coordonné du projet de loi.

Par dépêche du 30 novembre 2010, l'avis de la Chambre des salariés portant sur le texte initial du projet ainsi que sur les amendements gouvernementaux y relatifs a été communiqué au Conseil d'Etat.

*

OBSERVATIONS PRELIMINAIRES

Les auteurs indiquent que la numérotation des différents points est celle du texte coordonné. Or, le Conseil d'Etat constate que la numérotation utilisée dans de nombreux amendements ne suit ni celle du projet de loi initial ni celle du texte coordonné.

En tout état de cause, le Conseil d'Etat se doit de rappeler que tout amendement modifie un projet initial, et que par conséquent la numérotation utilisée doit suivre celle du texte initial, et non celle d'un texte coordonné joint audit amendement. Le cas échéant, il appartiendra à l'amendement de préciser que la numérotation initiale du projet est modifiée, tout en veillant à indiquer la numérotation nouvelle.

En l'espèce, le Conseil d'Etat avisera les amendements lui soumis, tout en précisant que ses observations se rapportent, en cas de renvoi erroné, aux articles visés par lesdits amendements.

Toujours est-il que le texte coordonné comporte un nouveau point 32, qui modifie le point 12 de l'alinéa 2 de l'article 61 du Code de la sécurité sociale (CSS). Il ne découle pas d'une observation du Conseil d'Etat et n'est pas l'objet d'un amendement. Il s'agit en fait de supprimer à l'endroit de ce point 12 la mention des centres d'accueil pour les personnes en fin de vie, dûment agréés par le ministre ayant la Famille dans ses attributions. Cette suppression se justifie par la modification du point c) de l'alinéa 1 de l'article 1er de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers qui fait figurer les établissements d'accueil pour personnes en fin de vie parmi les établissements hospitaliers entrant dans le champ d'application de cette loi.

*

EXAMEN DES AMENDEMENTS

Amendements 1 à 5

Le Conseil d'Etat approuve ces amendements qui donnent suite à ses observations.

Amendements 6 et 7

Le Conseil d'Etat approuve quant au fond les modifications que ces amendements apportent au texte de loi et qui tiennent compte des recommandations que la Commission nationale pour la protection des données a formulées dans son avis du 24 novembre 2010.

En ce qui concerne l'article 60ter, l'expression de „veille au niveau des standards pour les systèmes d'information en santé“ est à reformuler, de même que celle de „vérification de l'implémentation des référentiels d'implémentation“.

Par conséquent, le Conseil d'Etat propose de donner au point 2) du paragraphe 1er de l'article 60ter le libellé suivant:

- „2) la promotion de l'interopérabilité et de la sécurité dans la mise en place de systèmes d'information de santé, moyennant:
- la production et la promotion de référentiels contribuant à l'interopérabilité et à la sécurité des systèmes d'information de santé;
 - la mise en œuvre d'une convergence des systèmes d'information de santé grâce à l'implémentation des référentiels d'interopérabilité;
 - la veille des normes et standards pour les systèmes d'information en santé;
 - la collaboration avec les organisations internationales en charge de la standardisation dans le domaine des systèmes d'information de santé.“

Le Conseil d'Etat propose de donner au point 5) introduit par l'amendement 6 la teneur suivante:

- „5) l'information des patients et prestataires sur les modalités opérationnelles et les mesures de sécurité en rapport avec le dossier de soins partagé et la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé.“

Pour donner plein effet aux recommandations de la Commission nationale pour la protection des données, et afin de respecter l'obligation découlant de l'article 4 de la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement de données à caractère personnel, le Conseil d'Etat exige sous peine d'opposition formelle de compléter l'article 60ter par un paragraphe 4 nouveau libellé comme suit:

- „(4) L'Agence constitue le responsable du traitement des données à caractère personnel au sens de l'article 4 de la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement de données à caractère personnel.“

Quant au nouvel article 60quater qui a trait au dossier de soins partagé hébergé sur la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données, il y a lieu de supprimer le mot „notamment“ au paragraphe 2.

Afin de rester cohérent avec la terminologie utilisée dans la loi du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales, le Conseil d'Etat propose d'utiliser les termes „analyses de biologie médicale“ au lieu de „analyses médicales de biologie clinique“.

Alors que la communication des résultats des examens d'analyses de biologie médicale et d'imagerie médicale tombe sous le champ de l'article 60bis, alinéa 1, il n'y a pas lieu de les mentionner au point 2).

Comme chaque prestataire a accès aux informations concernant les ordonnances, prescriptions, comptes rendus ou autres actes qu'il a lui-même accomplis dans son propre dossier, il y a lieu de supprimer la dernière phrase du paragraphe 4.

Amendement 8

Cet amendement redéfinit la composition de la commission de nomenclature.

Dans son avis du 23 novembre 2010, le Conseil d'Etat a approuvé le fait que la Commission de nomenclature pourra comporter désormais un membre désigné par le groupement représentatif des hôpitaux. Il a estimé que cette modification se justifie lorsque ce groupement représente des hôpitaux

occupant des médecins salariés ou d'autres employés dont les honoraires sont déterminés par une nomenclature visée par l'article sous revue.

Dans le même ordre d'idées, il faudra qu'un membre représentant le groupement représentatif des hôpitaux fasse partie de la Commission de nomenclature lorsque celle-ci est saisie d'un sujet concernant la nomenclature des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique, étant donné que selon l'article 74 du CSS, „les actes et prestations dispensés par un laboratoire hospitalier en milieu extrahospitalier et figurant dans la nomenclature des actes et des services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique sont pris en charge suivant les modalités régissant le milieu extrahospitalier“ et que les hôpitaux sont donc désormais directement concernés par l'application de cette nomenclature.

Par conséquent, l'alinéa 9 de l'article 65 du CSS est à formuler comme suit:

„Lorsque la Commission de nomenclature est amenée à statuer en matière d'actes et services relevant de la nomenclature des médecins et dispensés en milieu hospitalier ou de la nomenclature des laboratoires d'analyses de biologie médicale, la composition de la Commission de nomenclature est complétée par deux membres devant avoir la qualité de médecin et désignés respectivement par arrêté conjoint des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale et par le groupement représentatif des hôpitaux.“

Amendements 9 à 23

Ces amendements trouvent l'accord du Conseil d'Etat.

Amendement 24

Avec cet amendement, les auteurs veulent supprimer le point 14 de l'article 2 du projet de loi sous avis introduisant un nouvel article 26bis dans la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers. Or, selon le Conseil d'Etat, il y a lieu de définir impérativement dans la loi l'expression „centres de compétences“ entrant dans la disposition des articles 2 et 3 de la loi précitée et des articles 65 et 74 CSS.

Aussi, le Conseil d'Etat propose-t-il de donner à cet article le libellé suivant:

„**Art. 26bis.** Un „centre de compétences“ au sens des articles 2 et 3 est une entité organisationnelle qui rassemble à l'intérieur d'un ou plusieurs établissements hospitaliers des ressources d'un ou plusieurs services assurant une prise en charge interdisciplinaire intégrée de patients présentant une pathologie ou un groupe de pathologies.

La création d'un centre de compétences est soumise à autorisation du ministre ayant la Santé dans ses attributions qui demande au préalable l'avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier.

La demande d'autorisation est introduite par le groupement le plus représentatif des hôpitaux luxembourgeois sous forme d'un projet de centre de compétences.

Ce projet précise:

- les disciplines médicales impliquées, le domaine d'activité médicale projeté;
- les objectifs quantitatifs et qualitatifs visés;
- les ressources et équipements à y affecter spécifiquement pour atteindre ces objectifs, y inclus le nombre de lits et d'emplacements dans le ou les établissements abritant le centre;
- les modalités d'organisation médicale et soignante et de gestion du centre;
- les qualifications et compétences déterminant les modalités d'agrément des médecins et, le cas échéant, d'autres professionnels de santé collaborant dans le centre;
- l'organisation et les moyens mis en place pour assurer la continuité des prises en charge afférentes, conformes aux acquis de la science;
- la composition du conseil scientifique;
- le contenu minimal du rapport d'activité annuel;
- les modalités d'accompagnement par un comité d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières.

Le ministre peut fixer des conditions ou modes spécifiques de prise en charge, des formes et règles de collaboration avec d'autres prestataires intervenant dans la filière de prise en charge en amont ou en aval du centre de compétences.

L'autorisation est accordée si le projet de centre de compétences répond aux besoins de la population fixés dans le plan hospitalier visé à l'article 2. Le refus d'autorisation doit être motivé.

Un règlement grand-ducal précise les modalités et les détails de la procédure à suivre pour l'obtention, la prolongation et le retrait de l'autorisation, ainsi que les missions et modalités d'organisation de fonctionnement et de désignation du Conseil scientifique.“

Amendements 25 à 30

Sans observation.

Ainsi délibéré en séance plénière, le 7 décembre 2010.

Le Secrétaire général,
Marc BESCH

Le Président,
Georges SCHROEDER

6196/10

N° 6196¹⁰

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2010-2011

PROJET DE LOI**portant réforme du système de soins de santé et modifiant:**

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

* * *

**AVIS DE LA CONFEDERATION DES ORGANISMES
PRESTATAIRES D'AIDES ET DE SOINS (COPAS)**

(26.11.2010)

Le projet de loi sous analyse envisage de procéder à une refonte conséquente du système de soins de santé luxembourgeois. Beaucoup de choses ont été dites, redites et contredites. En conséquence, la COPAS ne souhaite pas – à ce stade – ajouter à ces dites, redites et contredites, même si quant au principe, elle estime qu'elle doit être rapidement associée aux discussions autour de la mise en place des filières des soins ou s'étonne que la commission de nomenclature ne sera à l'avenir toujours pas composée de manière paritaire, et ceci pour tous les types de prestataires, dont notamment pour les prestataires des actes infirmiers. Néanmoins, pour la COPAS, l'essentiel à garder à l'esprit dans ce débat doit être l'objectif à se fixer, objectif consistant à assurer que toute réforme en matière de soins de santé réponde cumulativement à plusieurs impératifs: situer les droits de toutes les personnes assurées au niveau le plus élevé possible, assurer que les droits et obligations des prestataires restent „réels et sérieux“, reconnaître entièrement l'effort des personnes, notamment des salariés, prestant les soins de santé, garantir la pérennité à long terme du financement du système de soins de santé. Aucun de ces éléments ne peut et ne doit être privilégié au détriment des autres.

Néanmoins, s'il est vrai que beaucoup a déjà été dit au sujet de ce projet de loi, il reste toutefois des éléments qui n'ont pas encore fait l'objet d'un quelconque commentaire, ces éléments ne rentrant sans doute pas à proprement parler dans les réflexions sur une réforme du système de soins de santé.

Un de ces éléments a trait aux soins palliatifs. L'avis de la COPAS se limitera à cet élément.

Les soins palliatifs

Le point 59 de l'article 1er élargit de façon conséquente le catalogue des prestations en faveur des personnes bénéficiaires de soins palliatifs. En effet, en cas de vote de ce point 59 de l'article 1er du projet de loi, la personne bénéficiaire de soins palliatifs aura enfin droit à tous les types de prestations de l'assurance dépendance et cela à la même hauteur que les personnes dépendantes. Il s'agit d'une avancée importante aux yeux de la COPAS.

Pour rappel, **la législation actuelle prévoit – en dernière analyse – moins de droits à la personne bénéficiaire de soins palliatifs qu'à celle bénéficiaire d'aides et de soins dus à la dépendance.** Concrètement, la personne dépendante a droit à un maximum de 38,5 heures par semaine pour les actes essentiels de la vie, à 2,5 voire 4 heures par semaine pour les tâches domestiques, à 14 heures par semaine au maximum pour des activités de soutien (spécialisées ou non) et à un contingent d'heures de conseil s'ajoutant aux premières prestations citées. La personne bénéficiaire de soins palliatifs a, quant à elle, droit à un maximum de 38,5 heures par semaine pour l'ensemble des actes essentiels de la vie et des tâches domestiques. Ni les activités de soutien (spécialisées ou non), ni les activités de conseil ne sont prévues pour les personnes bénéficiaires de soins palliatifs. Par ailleurs, le plafond des prestations est largement inférieur à celui pour les personnes dépendantes.

Ainsi, la COPAS félicite les auteurs du projet de loi de vouloir aligner – en typologie et en quantité – les droits des personnes bénéficiaires de soins palliatifs sur ceux des personnes dépendantes.

Pour conclure, la COPAS exprime deux souhaits: peu importe que le projet de loi en discussion est voté tel quel, avec des modifications ou carrément revu, il est essentiel que la disposition en matière de soins palliatifs soit votée telle quelle et très prochainement. D'autre part, la COPAS espère que les autres travaux dans le domaine des soins palliatifs – notamment convention et nomenclature en assurance maladie – aboutissent très prochainement.

Ainsi arrêté par le Conseil d'administration de la COPAS en date du 26 novembre 2010

6196/11

N° 6196¹¹

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2010-2011

PROJET DE LOI**portant réforme du système de soins de santé et modifiant:**

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

* * *

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

(9.12.2010)

La Commission se compose de: Mme Lydia MUTSCH, Présidente-Rapporteuse; Mme Sylvie ANDRICH-DUVAL; MM. Eugène BERGER, Félix BRAZ; Mme Claudia DALL'AGNOL; MM. André HOFFMANN, Lucien LUX; Mme Martine MERGEN; MM. Paul-Henri MEYERS, Jean-Paul SCHAAF, Marc SPAUTZ et Carlo WAGNER, Membres pour le volet Sécurité sociale – M. Jean COLOMBERA, Mme Lydie ERR et M. Jean HUSS, Membres pour le volet Santé.

*

SOMMAIRE:

- I. Procédure législative
- II. Objet du projet de loi
- III. Avis des chambres professionnelles, du Conseil d'Etat et de la Commission nationale pour la protection des données
- IV. Travaux en commission
- V. Commentaire des articles
- VI. Texte coordonné du projet de loi

*

I. PROCEDURE LEGISLATIVE

Monsieur le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale a présenté l'avant-projet de loi sur la réforme du système de soins de santé à la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale lors de la réunion du 3 juin 2010. Le projet de loi fut adopté par le Conseil de gouvernement en date du 30 septembre 2010.

Le projet de loi 6196 portant réforme du système de soins de santé et modifiant: 1) le Code de la sécurité sociale; 2) la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers a été déposé à la Chambre des Députés par M. le Ministre de la Sécurité sociale Mars di Bartolomeo en date du 6 octobre 2010.

Dans sa réunion du 30 septembre 2010, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale de la Chambre des Députés a désigné sa présidente Mme Lydia Mutsch comme rapportrice du projet de loi.

Au cours de cette même réunion tout comme lors de sa réunion du 14 octobre 2010, la commission a entendu la présentation du projet de loi par M. le Ministre de la Sécurité sociale et discuté des grandes lignes de la réforme projetée. Les réunions des 21 et 26 octobre 2010 furent consacrées à la présentation et à l'examen des points saillants du projet. Le 28 octobre 2010, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale a procédé à l'audition des principales organisations représentatives siégeant au sein de la Quadripartite, à savoir l'Association des Médecins et Médecins-Dentistes, l'Entente des Hôpitaux luxembourgeois, le Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois, la Fédération luxembourgeoise des Laboratoires d'Analyses médicales, l'OGB-L, le LCGB, la CGFP et l'UEL. Lors de sa réunion du 11 novembre 2010, la commission a tiré les conclusions de ces auditions, avant d'être saisie d'une série d'amendements introduits par l'ADR. Par la suite, M. le Ministre a présenté les orientations d'une série d'amendements gouvernementaux, déposés en date du 16 novembre 2010 et examinés par la commission le 18 novembre 2010.

L'avis du Conseil d'Etat du 23 novembre 2010 fut examiné et discuté en détail lors de la réunion du 25 novembre 2010. La commission a adopté alors 31 amendements parlementaires transmis à la Haute Corporation en date du 26 novembre 2010. L'avis complémentaire du Conseil d'Etat est intervenu le 7 décembre 2010. Le 9 décembre 2010 la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale a examiné en détail les observations et commentaires y figurant et a adopté ensuite le présent rapport.

Les avis des chambres professionnelles et autres organes consultés sont intervenus aux dates suivantes: Chambre des Fonctionnaires et Employés publics (12.11.2010); Commission nationale pour la Protection des Données (26.11.2010); Chambre des Salariés (30.11.2010); Collège médical (6.12.2010); Chambre de Commerce et Chambre des Métiers (6.12.2010).

A côté des organisations représentatives siégeant au sein de la Quadripartite entendues lors des auditions organisées le 28 octobre 2010, la COPAS (Confédération des Organismes Prestataires d'Aides et de Soins) a également transmis son avis à la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale.

*

II. OBJET DU PROJET DE LOI

Le programme gouvernemental 2009-2014 confirme les fondements de notre système de santé, en engageant le Gouvernement „à préserver un système de santé basé sur la solidarité nationale, l'équité et l'accessibilité ainsi que sur la qualité de l'offre“. Par ailleurs, le Gouvernement y confirme le maintien des trois principes majeurs régissant le fonctionnement de notre système de soins de santé, à savoir:

- le maintien du conventionnement obligatoire des prestataires de soins, garantissant un accès équitable de tous les assurés à des prestations de soins de qualité égale,
- la budgétisation des établissements hospitaliers,
- l'exercice libéral de la médecine.

Le programme gouvernemental fixe également les orientations stratégiques pour les réformes à effectuer au cours de la période législative:

- „préserver un système de santé public et solidaire et développer la qualité, la complémentarité et des filières de soins coordonnées,
- maîtriser l'évolution du coût global de l'assurance maladie-maternité et assurer la pérennité de notre système de santé,
- créer une gestion des données répondant à des critères d'exhaustivité, de transparence, de fiabilité, de standardisation, de comparabilité et d'échangeabilité.“

Dans les années à venir, notre système de soins de santé devra s'adapter aux changements et nouveaux défis qui découlent de différents facteurs, tels que l'évolution démographique et le vieillissement de la population, le progrès technique et médical, ainsi que la comparaison voire la concurrence transfrontalières.

La réforme projetée devra outiller notre système de santé pour être en mesure de relever ces défis et créer les conditions pour garantir en même temps un équilibre financier durable.

L'évolution de la situation financière

Jusqu'à présent l'augmentation „naturelle“ des dépenses de l'assurance maladie – due au progrès médical, à l'évolution technologique et à l'apparition de plus en plus de nouvelles maladies liées à l'augmentation de l'espérance de vie – a pu être contrebalancée par l'évolution positive de l'emploi se traduisant par une augmentation des cotisants (généralement en bonne santé et ne nécessitant que peu de soins de santé) et donc de la masse des cotisations.

Les problèmes financiers de la gestion des soins de santé datent de 2002 – année pour laquelle il fut décidé d'abaisser le taux de cotisation et d'indexer voire de relever les lettres-clés de certains prestataires de soins en raison d'une situation financière saine et d'une réserve confortable. Pourtant, un ralentissement économique s'annonçait au niveau international et allait se faire ressentir dès 2003 au Luxembourg. Aussi l'assurance maladie se voyait-elle confrontée à un fort déséquilibre budgétaire pour l'année 2004. Le problème fut résolu par le transfert de 130 millions d'euros du régime des pensions vers l'assurance maladie – opération justifiée par une augmentation depuis l'année 2001 des cas de maladie de longue durée suite à l'adoption d'une procédure plus restrictive de l'accès aux pensions d'invalidité.

Les effets de la reprise économique en 2004, une augmentation du taux de cotisation de 5,1% à 5,4% opérée en 2005 ainsi que le mot d'ordre „soigner mieux en dépensant mieux“ ont permis de maintenir un équilibre financier précaire jusqu'en 2009, quand la dernière crise économique se répercuta sur les rentrées en cotisations. Ainsi, en 2009, le découvert des opérations courantes a atteint 20,5 millions d'euros. Fin 2009, lors de l'établissement du budget 2010 de la Caisse nationale de santé, le déficit cumulé pour 2010 était estimé à 92,5 millions d'euros. Selon les derniers chiffres, datant de novembre 2010, les comptes de la Caisse nationale de santé affichaient un excédent de 60,9 millions d'euros. Ce revirement est dû en partie à une amélioration de la situation de l'emploi, mais surtout à l'abaissement du niveau de la réserve minimale de 10% à 5,5% des dépenses courantes. Cette décision fut prise fin 2009 afin de couvrir le déficit de l'année à venir et de donner aux responsables la marge de manœuvre nécessaire pour développer, élaborer et mettre en œuvre des mesures de réforme permettant à notre système de santé d'utiliser les ressources disponibles de façon plus rationnelle et d'assurer à long terme l'équilibre financier de la Caisse nationale de santé.

Les préliminaires de la réforme

Lors de la réunion du Comité quadripartite du 7 octobre 2009, le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale discuta avec les partenaires sociaux, les médecins, les hôpitaux et les autres prestataires de soins de la situation de l'assurance maladie-maternité et du système de soins de santé. Cette analyse peut être résumée comme suit:

- le déficit de l'assurance maladie-maternité pour l'année 2010 (estimé à ce moment-là à 92,5 millions euros ou 4,5% du budget global) est principalement généré par les effets de la crise, notamment la baisse de l'activité économique et le ralentissement de la croissance de l'emploi, dont on ne pouvait et ne peut toujours pas déterminer ni la durée ni les conséquences durables;
- des difficultés structurelles s'annonçaient dans le domaine des soins de santé depuis quelques années, notamment illustrées par une hausse moyenne annuelle élevée des prestations entre 1999 et 2009 (pouvant seulement être supportée par une croissance économique soutenue permanente et stable) et par un développement soutenu des investissements publics dans le domaine de la santé (ne pouvant pas être justifié par un développement proportionnel de la qualité ou un accroissement correspondant de la population assurée);
- la devise „soigner mieux en dépensant mieux“ et une démarche concertée axée sur „l'utile et le nécessaire“ qui ont cadré l'action du Gouvernement au cours de la période législative précédente, ont certes permis de stabiliser le fonctionnement de l'assurance maladie-maternité, d'analyser les risques structurels et de sensibiliser tous les acteurs, mais doivent être renforcées par une dynamique de réforme et d'optimisation du système de soins de santé afin de le rendre plus performant et plus efficient.

De cette analyse découle une démarche en plusieurs étapes:

Le „pacte de stabilité“ pour les années 2010 et 2011 prévoit une stabilisation des facteurs essentiels du développement des coûts du système de soins de santé. Ainsi, le maintien au niveau 2009 de certaines catégories de frais et la limitation du nombre de médecins agréés sont prévus en milieu hospitalier afin

de réaliser un ralentissement de l'évolution des dépenses. En outre, les discussions et les négociations avec les prestataires de soins en matière tarifaire, conventionnelle, statutaire ou d'adaptation des nomenclatures ne doivent pas aboutir à de nouveaux coûts disproportionnés pour l'assurance maladie-maternité. La Caisse nationale de santé et la Commission de nomenclature doivent renforcer leurs efforts afin de remédier à certaines incohérences manifestes en matière de tarification et d'indemnisation des prestations. Les projets d'investissement projetés seront reconsidérés quant à leur envergure et à leur impact sur l'assurance maladie-maternité et sur le système de soins de santé dans sa globalité. La Caisse nationale de santé procédera à une sensibilisation aussi bien des assurés en tant que consommateurs, que des médecins en tant que prescripteurs et de tous les prestataires en tant que fournisseurs, afin de les rendre conscients de leurs responsabilités respectives pour notre système de soins de santé.

En visant plutôt les maux que les symptômes, la réforme de l'assurance maladie-maternité doit répondre au double défi de remédier de façon durable au déficit persistant et de poser les voies du fonctionnement du secteur de la santé pour les années à venir. La mise en œuvre des nouvelles orientations et priorités portera sur les années à venir et englobera aussi bien d'autres démarches législatives que l'implémentation d'une nouvelle nomenclature médicale, le basculement du „tout stationnaire“ vers le développement conséquent des soins primaires ou encore le développement de la chirurgie ambulatoire. Notre système de soins de santé, qui est l'un des plus attrayants en Europe aussi bien pour ses usagers que pour les différents prestataires qui l'animent, devra non seulement maintenir son haut niveau de qualité mais aussi remédier à certaines faiblesses structurelles, dont notamment le manque de documentation et de transparence, telles qu'illustrées par le „Panorama de la santé 2009“ établi par l'OCDE, qui brosse un tableau nuancé des soins de santé prodigués au Luxembourg.

Le projet de réforme se base sur différents travaux préliminaires:

- les discussions des dernières années au sein de la Quadripartite avec les différents partenaires de l'assurance maladie-maternité impliqués dans la démarche du „*Soigner mieux en dépensant mieux*“ qui tournaient autour des éléments centraux repris dans le projet de réforme, tels que la documentation et la nomenclature, l'organisation commune et coordonnée de l'offre hospitalière, etc.;
- des échanges intensifs ont été entamés directement après la réunion quadripartite du 7 octobre 2009 avec l'Association des médecins et médecins-dentistes et l'Entente des hôpitaux luxembourgeois ainsi que les partenaires sociaux;
- des groupes de travail réunissant des représentants des ministères de la Santé et de la Sécurité sociale, de la Direction de la santé, de l'Inspection générale de la sécurité sociale, de la Caisse nationale de santé et du Contrôle médical de la sécurité sociale ont été instaurés. A partir de l'année 2010, les prestataires de soins, et pour certains sujets les partenaires sociaux, ont intégré ces groupes de travail, afin de discuter avec eux les différentes pistes de réforme. Ces discussions, qui furent menées parallèlement aux négociations relatives au pacte de stabilité, ont permis de clarifier les positions et la volonté de réforme de chaque parti.

Lors de la réunion du Comité quadripartite du 24 mars 2010, les rapports des différents groupes de travail furent présentés. Le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale esquisssa également les axes prioritaires de la présente réforme. Sur cette base un premier avant-projet de loi fut soumis au Conseil de gouvernement au cours du mois de juillet, qui tout en approuvant les grandes lignes du projet de réforme invitait le ministre de la Santé et de la Sécurité sociale à procéder à une phase de consultation supplémentaire avec les partenaires sociaux et les prestataires de soins, notamment afin de discuter et de préciser les modalités liées au financement de l'assurance maladie-maternité. Suite à ces discussions qui se sont étalées jusqu'à la mi-septembre 2010, une version révisée du projet de réforme a été finalisée et déposée le 6 octobre 2010.

A noter que les prestations en espèces ne feront pas partie de la réforme. En dehors du souci de ne pas surcharger un projet de réforme d'une envergure considérable, il s'agit d'attendre les résultats des analyses du groupe de travail „absentéisme“ (instauré dans le cadre de l'introduction du statut unique) et de prendre en compte les conséquences de la loi du 12 mai 2010 portant réforme de l'assurance accident ou encore l'évolution du projet de réforme de l'incapacité de travail.

Les grands axes

Les visées de la réforme se résument en quatre axes principaux:

1) *La réforme de l'organisation des services de soins de santé*

Le projet de réforme vise prioritairement une meilleure coordination et une meilleure pilotabilité du système de soins de santé, précisant le cadre normatif en matière de documentation et de standards, misant sur des gains d'efficacité et d'efficacités, stimulant la responsabilité des différents prestataires et améliorant les mécanismes de contrôle et de surveillance.

Les mesures correspondantes comprennent notamment:

- la priorisation des soins primaires et l'introduction du médecin référent sur une base volontaire,
- l'introduction du dossier de soins partagé,
- l'introduction d'une documentation standardisée,
- l'organisation des services hospitaliers suivant des centres de compétences,
- la clarification du lien médecin-hôpital,
- une meilleure coordination du secteur hospitalier (enveloppe budgétaire globale, comptabilité analytique, fédération d'activités, ...),
- l'introduction de la substitution de médicaments et d'une base de remboursement,
- le cadrage de l'activité des laboratoires.

Ces mesures ciblées ont pour la plupart une double finalité: celle d'améliorer la qualité du système de santé et celle de préserver certains atouts actuels du système de soins de santé, notamment l'aspect solidaire. En outre, elles doivent contribuer au freinage et à la canalisation de la croissance des dépenses.

2) *La stabilisation financière de l'assurance maladie*

Tout en tenant compte de certains signaux positifs en matière d'emploi, la situation financière de l'assurance maladie-maternité est délicate et affiche un déficit structurel qui devrait, à législation constante, augmenter au cours des années à venir. A cette fin, le projet de loi prévoit des économies par rapport au fonctionnement du système de soins en agissant sur les tarifs et les budgets des prestataires de soins et en procédant à une révision des dispositions statutaires régissant les prestations de l'assurance maladie-maternité.

L'abaissement de la limite inférieure de la réserve obligatoire de l'assurance maladie-maternité fut une opération unique permettant de donner une marge de manœuvre pour une réforme en profondeur. Il est prévu de reconstituer cette réserve progressivement au cours des prochaines années.

Les mesures visant le moyen et le long terme devraient mener à une baisse de la croissance annuelle des dépenses de santé, qui a avoisiné un rythme annuel de 6% au cours des dernières années. A l'instar d'autres pays et tenant compte des projections économiques prévues, un pourcentage annuel entre 3 et 4% semble être réaliste, sachant que certains facteurs tels que le vieillissement démographique et le progrès médical ou encore l'élargissement de l'offre sont des vecteurs de croissance guère contrôlables. Les économies structurelles ne doivent pas se faire aux dépens de la qualité ou de l'accès au système de soins de santé, mais en agissant sur l'efficacité, sur la transparence, en évitant l'inutile et les doubleemplois.

3) *Les recettes supplémentaires de l'assurance maladie-maternité*

Afin de garantir une stabilité financière à l'assurance maladie-maternité pour les 4 à 6 années à venir, il est inévitable de compléter les mesures d'économies et les réformes structurelles par des moyens financiers supplémentaires.

Les alternatives proposées et discutées lors de la phase préparatoire comprenaient le dé plafonnement des cotisations, une augmentation du plafond cotisable pour les soins de santé ou une augmentation des cotisations, voire une combinaison de ces mesures.

Lors de sa réunion du 10 novembre 2010, le Comité directeur de la Caisse nationale de santé a délibéré sur le budget annuel 2011 de l'assurance maladie-maternité. Face à un déficit cumulé estimé

de -79 millions d'euros et afin d'atteindre l'équilibre, il a été décidé d'augmenter les participations statutaires des assurés à hauteur de 20 millions d'euros parallèlement aux mesures d'économies à effectuer à charge des prestataires de soins. Par ailleurs le taux de cotisation a été relevé de 5,4% à 5,6% à charge partagée entre les assurés et les employeurs.

A noter que les mesures décidées sont moins incisives que celles discutées lors de la phase d'élaboration du projet de loi étant donné l'évolution plus positive de l'emploi et des recettes en cotisations que celle escomptée.

4) L'intégration des prestations de maternité dans le régime général

Actuellement la maternité demeure, dans une optique d'assurances sociales, le seul „risque“ dit „social“ qui n'est pas intégré financièrement dans la Caisse nationale de santé. Sous cet angle de vue et en comparaison à la façon de procéder des pays voisins du Luxembourg, le financement et la gestion actuelle des prestations de maternité doivent être revus. Une intégration des prestations de maternité dans le régime général représente une vraie simplification administrative et permet d'assurer une meilleure cohérence de la prise en charge préventive et plus de flexibilité concernant l'adaptation de l'offre des soins. Elle permettra également un meilleur suivi des dépenses par l'Etat et les partenaires sociaux.

Les points-clés

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

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

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

Dans l'accueil critique réservé au projet, la notion de médecin référent a engendré dès le début des interprétations erronées et des malentendus. Ainsi, certaines critiques se basaient sur des pratiques courantes à l'étranger, mais qu'on ne saurait aucunement déduire du texte du présent projet de loi. Ainsi, il n'était nullement dans l'intention du projet gouvernemental d'attribuer au médecin référent un rôle de „gatekeeper“ à l'instar du système anglais. Le projet ne prévoit donc pas d'approche contraignante qui obligerait le patient de passer d'abord par le médecin référent avant de pouvoir s'adresser à un médecin spécialiste. Le patient reste libre de choisir ou non un médecin référent, tout comme ce dernier reste libre d'accepter ou non cette fonction pour un patient donné. Il est donc faux d'affirmer que le patient nécessiterait une autorisation préalable du médecin généraliste référent pour pouvoir consulter un médecin spécialiste.

L'objectif est, pour un patient souffrant par exemple d'une pathologie diffuse ne faisant pas encore l'objet d'un diagnostic précis, que ce dernier ait la possibilité de s'adresser au médecin référent qui peut le conseiller et le guider à travers le parcours d'examen et de traitements à accomplir.

A noter que les amendements gouvernementaux 2 et 3 du 16 novembre 2010 visaient à clarifier diverses formulations de texte et à souligner ainsi le maintien du principe du libre choix du prestataire. Y était prévu également la fixation des qualifications, des droits et des obligations du médecin référent par voie conventionnelle. Toutefois, et pour des raisons de conformité à la Constitution, le Conseil d'Etat n'a pas accepté cet amendement et exigé sous peine d'opposition formelle de revenir vers le texte initial, à savoir la fixation des critères en question par règlement grand-ducal.

Dans le débat public sur le projet de réforme, il a été allégué que le projet prévoirait des sanctions pour le patient ne s'adressant pas prioritairement au médecin référent. Tel n'est pas le cas. Le commentaire du point 8° article 19bis prévoit que „*les assurés sont libres de choisir ou non un médecin référent. S'ils font le choix d'entrer dans le système du médecin référent, ils restent toujours libres de consulter directement un médecin spécialiste sans passer par le médecin référent. Cependant, si l'assuré a choisi un médecin référent et s'il dispose d'une prescription préalable de ce dernier avant de consulter un médecin spécialiste, il peut bénéficier dans certains cas à définir dans les statuts de la Caisse nationale de santé d'un remboursement préférentiel.*“

En d'autres termes, les statuts peuvent prévoir des incitations pour le patient de consulter d'abord son médecin référent. En revanche, aucun élément du texte ne permet d'en déduire une possibilité de sanction à l'égard du patient qui ne choisit pas cette voie. Il a été convenu qu'un éventuel changement des statuts de la Caisse nationale de santé concernant cette question serait discuté au sein de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale.

Quant aux modalités de la rémunération du temps investi par le médecin référent dans ses missions, celle-ci devra être inscrite dans la nomenclature des médecins et médecins dentistes et correspondra à une rémunération du facteur temps qui s'ajoutera à la rémunération des actes.

En supposant un succès de cette innovation auprès des patients, on peut s'interroger sur l'impact du surplus de temps nécessité en général par le médecin référent sur le nombre requis des médecins généralistes devant pratiquer dans notre pays. Cette question, relevée également par le Conseil d'Etat, se pose alors que déjà actuellement la relation entre le nombre insuffisant de médecins généralistes et celui des médecins spécialistes nécessite d'être substantiellement corrigé dans les années à venir. Le département de la Santé devra surveiller cette question et le cas échéant établir les projections faisant intervenir les nouvelles données résultant de l'introduction du médecin référent.

Le médecin référent est également à concevoir comme un relais important dans la promotion de la médecine préventive. Ainsi même abstraction faite d'un éventuel remboursement préférentiel, le patient peut retirer d'autres plus-values lorsqu'il décide de se confier à un médecin généraliste référent. Une enquête récente réalisée par l'INCCI (Institut national de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle) a révélé que 80% des patients ont indiqué qu'ils avaient obtenu des informations sur la prévention de l'infarctus précisément de la part de leur médecin généraliste.

2) La substitution de médicaments

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

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

Ainsi, le projet propose une démarche douce et prudente qui ne correspond pas du tout au système de substitution obligatoire tel qu'il est pratiqué par exemple aux Pays-Bas. Par ailleurs, il faut relever que jusqu'à présent notre pays a été le seul à ne pas s'engager dans cette voie. Le système proposé ne nuit ni aux médecins, ni aux patients tout en rejoignant l'intérêt général en assurant à la CNS des économies substantielles. Il est par ailleurs faux d'affirmer que le patient pourrait être privé du meilleur médicament possible alors que la substitution ne sera possible que dans les cas où l'équivalence des médicaments en cause aura été scientifiquement démontrée. Il faut encore relever que l'annonce de l'introduction de ce système porte déjà ses fruits dans la mesure où l'industrie pharmaceutique est d'ores et déjà disposée à négocier d'autres mécanismes de régulation ou de compensation de la hausse des dépenses liées aux médicaments.

3) *Le dossier de soins partagé*

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

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

Bien que le partage de données de santé entre différents acteurs du système de santé comporte des plus-values, la mise en place du dossier de soins partagé doit s'accompagner de mesures adéquates pour garantir la protection des données personnelles. Pour cette raison, les questions touchant à la protection des données personnelles devront trouver une réponse en étroite collaboration avec la Commission nationale pour la protection des données (CNPD).

Le patient peut à tout moment s'opposer au partage de données le concernant, soit complètement, soit en partie (Art. 60quater, paragraphe (4)). En suivant les propositions et recommandations de la Commission nationale pour la protection des données, certaines dispositions, visant à garantir le respect du secret médical et la protection des données personnelles du patient, ont été explicitées et renforcées.

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale a insisté sur le fait que le dossier de soins partagé appartient au patient et que la loi doit lui garantir un accès libre aux données contenues dans son dossier, tout comme aux informations sur les personnes ayant modifié ou consulté son dossier.

A noter également que les établissements hospitaliers sont en train de mettre en route un groupement sectoriel informatique avec le double objectif de promouvoir la recherche de synergies et le développement d'une stratégie et d'une gestion communes de leurs projets informatiques, ainsi que de faciliter l'échange de données des patients entre les établissements hospitaliers (et, le moment venu, aussi leur intégration dans le dossier de soins partagé).

Le dossier de soins partagé n'est pas à confondre avec le „dossier patient unique“ prévu par la loi hospitalière, mais constitue en quelque sorte un „dossier patient allégé“, regroupant uniquement les médicaments consommés par le patient, ainsi que ses analyses et imageries médicales. Il ne se substitue donc nullement à la documentation créée actuellement par les prestataires de soins. Ces derniers continueront à l'avenir à gérer leur dossier professionnel ou institutionnel.

Une première application du dossier de soins partagé sera réalisée dans le secteur des laboratoires.

4) *La documentation des prestations de soins*

Une des faiblesses de notre système de soins de santé est le manque de données suffisantes, complètes, exactes et validées. Ces données sont essentielles pour de multiples raisons, allant du déploiement d'une politique sanitaire adéquate, à la planification hospitalière, à la réforme des nomenclatures jusqu'à l'établissement de l'enveloppe budgétaire globale ou encore les négociations tarifaires des prestataires de soins. Une documentation adéquate des actions permettra également de valider les atouts du système de santé luxembourgeois et de le soumettre plus objectivement aux comparaisons internationales.

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

5) *Les centres de compétences et les filières de soins*

La création de centres de compétences et de filières de soins, même si le Conseil d'Etat, dans son avis du 23 novembre 2010, déplore le manque de précision et de clarté des articles en question, demeure un souci majeur de la réforme projetée.

En effet, l'idée de la création de centres de compétences a en quelque sorte déjà fait son chemin. Ainsi, l'Institut national de chirurgie cardiaque interventionnelle (INCCI) est à considérer comme un tel centre d'excellence. Actuellement peuvent encore prétendre de correspondre à ce concept le Centre de Radiothérapie François Baclesse et le Centre de réadaptation fonctionnelle (REHAZENTER).

La nécessité de la création de centres de compétences se dégage du fait qu'il est établi que l'excellence des soins d'un prestataire ou d'un service ne permet d'obtenir un résultat optimal pour le patient que si les soins prodigués s'inscrivent dans une séquence coordonnée d'actes et d'interventions thérapeutiques par les différents services médicaux.

L'expérience faite au cours des dernières années, notamment au sein des instituts et centres prénommés, a incontestablement démontré la plus-value pour les patients d'une concentration des ressources et des cas à traiter.

Les besoins en centres de spécialisation pointue dans notre pays devraient être déterminés sur base de la fréquence des pathologies, du nombre de patients et des lignes directrices internationales

Actuellement la nécessité de la mise en place d'un centre de compétences se fait sentir entre autres au niveau de la prise en charge des accidents vasculaires-cérébraux (AVC-stroke unit). D'autres domaines se prêtant à la mise en place de centres de compétences et de filières de soins sont celui de l'oncologie pour ce qui concerne certaines interventions hautement spécialisées, la médecine de l'environnement, la prise en charge des problèmes pointus en gériatrie ou la transplantation d'organes.

Les idées directrices devant guider la mise en place des centres de compétences sont d'abord l'identification d'un besoin, le développement d'un concept stratégique et la volonté des acteurs intéressés de se fédérer autour d'un tel projet commun. L'adhésion des acteurs est d'une importance primordiale. Pour promouvoir cette adhésion, il faut également se défaire de l'idée qu'un centre de compétences „appartient“ à un établissement déterminé. Voilà pourquoi il faudra veiller à ce qu'un centre de compétences soit accessible à tous les spécialistes concernés.

Il est évident que la recherche clinique constitue un volet important dans les activités d'un centre de compétences. A ce niveau encore, il est indispensable que les activités de recherche ne soient pas dispersées, mais qu'elles soient exercées en commun, le cas échéant, avec la finalité d'obtenir le label universitaire.

Auprès des acteurs sur le terrain on peut actuellement constater une plus large disponibilité de mettre fin au morcellement des compétences, souvent préjudiciable à l'intérêt du patient, et d'œuvrer dans le sens d'une concentration des compétences, fût-ce dans certains cas de façon virtuelle sans rattachement précis à un hôpital déterminé. On peut en effet envisager que, plutôt que de coexister en tant que filières de soins isolées séparément dans plusieurs établissements, ces derniers décident d'associer ces filières dans l'intérêt de la qualité des soins. Une telle association de filières pourrait se voir reconnaître la dénomination de centre de compétence virtuelle.

Tous les acteurs doivent se mettre à l'évidence qu'il existe certains critères minima à respecter pour pouvoir exercer certaines activités médicales hautement spécialisées et exigeantes au niveau de qualité requis au plan international. L'intérêt général de la santé publique exige que le patient bénéficie en tout état de cause d'une prise en charge optimale. Il s'agit d'éviter des interventions chirurgicales d'une fréquence dérisoire ou des interventions à répétition devenues nécessaires en raison du manque d'expérience du prestataire.

En général, la visibilité des compétences des différents centres et services devra être améliorée; il fait partie des droits élémentaires du patient d'être informé sur la fréquence de la pratique d'une intervention déterminée à laquelle il s'apprête à se soumettre dans les différents services afin de pouvoir orienter son choix en fonction de ce critère.

Aussi, la liberté de choix du patient n'est-elle nullement remise en cause par la notion de centre de compétences. Quel serait, en effet, l'intérêt du patient de demeurer „libre“ de se soumettre à une opération de chirurgie cardiaque dans un établissement hospitalier local, non ou insuffisamment équipé, alors que seul l'INCCI peut lui offrir une prise en charge optimale?

Etant donné que le Conseil d'Etat a contesté les définitions concernant les centres de compétences et les filières de soins et qu'il n' a pas été possible de procéder en temps utile à de nouvelles formulations, la commission a décidé dans un premier temps de supprimer l'article en question.

Dans son avis complémentaire, le Conseil d'Etat a formulé une proposition de texte définissant les critères, les conditions d'autorisation et les attributions des centres de compétences. La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale a décidé d'adopter cette définition.

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

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

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

La croissance du budget du secteur hospitalier sera proche de celle de l'économie en général, sous le bénéfice d'une application généreuse de ce parallélisme au profit du secteur hospitalier.

Les négociations avec le secteur dans son ensemble amèneront l'un ou l'autre établissement à opérer des choix consistant le cas échéant à abandonner certaines activités ne remplissant pas le critère de la masse critique exigée, au profit d'autres activités répondant mieux à sa vocation.

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

Suite à l'avis du Conseil d'Etat, le texte de l'article concerné a été complété. La Haute Corporation a précisé les éléments entrant dans l'établissement de l'enveloppe budgétaire globale. Le cadre financier des établissements hospitaliers, tout comme les dispositions afférentes des autres prestataires de soins et notamment les médecins, doivent naturellement tenir compte de l'évolution des besoins, du développement de nouvelles pathologies et du progrès médical. Ainsi, un règlement grand-ducal précisera „les règles d'établissement de l'enveloppe budgétaire globale et des budgets spécifiques des hôpitaux, ainsi que les éléments à inclure de façon forfaitaire.“

A noter que l'introduction d'une enveloppe budgétaire globale pour le secteur hospitalier ne suffira pas à elle seule à atteindre les objectifs affichés. Cette mesure ne dispense en effet pas les acteurs concernés de s'attaquer aux différents autres sujets liés, tels que:

- l'introduction d'une comptabilité analytique nécessaire à une appréciation comparative transparente des structures de coûts des différents établissements hospitaliers;
- la révision de la planification hospitalière suivant les orientations de la réforme et intégrant p. ex. aussi les centres de compétences;
- le développement concret des projets de mutualisation des activités dans les domaines des laboratoires, de l'informatique, de la centrale d'achat, du fonctionnement des pharmacies hospitalières etc.

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

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

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

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

Contrairement à la version initiale du projet de loi, il n'est finalement plus question de contrat d'agrément, mais, en suivant les propositions du Conseil d'Etat, d'un contrat de collaboration entre le médecin hospitalier, exerçant sous statut libéral, et l'établissement hospitalier.

Le projet de loi prévoit par ailleurs la création de la fonction de médecin-coordonateur au sein des hôpitaux. L'Association des médecins et médecins dentistes s'est opposée à la définition de celui-ci par règlement grand-ducal. Le Conseil d'Etat pour sa part „*considère que la nomination de médecins-coordonateurs à la tête de services médicaux est essentielle pour assurer un fonctionnement convenable de ces services*“.

8) Le conventionnement obligatoire

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

Dans son avis du 23 novembre 2010, le Conseil d'Etat argumente d'ailleurs en faveur de la ligne suivie par le projet de réforme: „*L'objectif de maintenir un service médical de qualité, équilibré et accessible à tous et celui de prévenir un risque d'atteinte grave à l'équilibre financier du système de sécurité sociale constituent, selon le Conseil d'Etat, des raisons impérieuses d'intérêt général qui justifient une restriction à la liberté d'exercice de la profession libérale.*“ La Haute Corporation souligne par ailleurs que „*le système du conventionnement obligatoire serait par ailleurs plus solidement ancré si la loi prévoyait une disposition selon laquelle les conventions conclues pour régler les rapports entre la Caisse nationale de santé et les associations représentatives des prestataires étaient rendues d'obligation générale par le biais de règlements grand-ducaux.*“

9) La Commission de nomenclature

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

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

A noter qu'un élément central devant suivre la réforme consiste dans l'élaboration d'une nouvelle nomenclature médicale. Comme le fait remarquer également le Conseil d'Etat, la nomenclature actuelle affiche de nombreuses faiblesses, notamment de structuration, de cohérence et de complétude. La nouvelle nomenclature à établir doit plus spécifiquement permettre une prise en compte de la durée de l'acte, de l'effort et de la technicité y relative ainsi que de la qualification et des circonstances de prestation. Elle devrait par ailleurs permettre d'introduire un pilotage par le biais d'incitations spécifiques pour certains domaines prioritaires tels que la chirurgie ambulatoire. Dans le même ordre d'idées, certains éléments pourront être recadrés, dont notamment le facteur de majoration des actes médicaux pour les patients admis en première classe. Même si cette majoration n'est actuellement pas à charge de l'assurance maladie-maternité (mais de la Caisse médico-chirurgicale mutualiste (CMCM) et d'autres compagnies d'assurances), elle incite néanmoins à des hospitalisations dépassant l'utile et le nécessaire. Il y a lieu de préciser que cette mesure ne mène ni à une abolition directe et absolue de la

facturation du complément de première classe, ni à la coupure pure et simple d'une partie substantielle du revenu de certains médecins. Le projet de loi prévoit l'assimilation de cette disposition à une convention personnelle, qui continuera à ce stade à rester inscrite dans la convention entre l'Association des médecins et médecins-dentistes et la Caisse nationale de santé, et ouvre la voie à de telles dispositions aussi bien en milieu hospitalier qu'ambulatoire. Les modalités des dépassements et majorations devront être revues dans le cadre et en concordance avec la nouvelle nomenclature.

10) La prise en charge directe

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

11) Mesures financières

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

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

Aussi, les données et hypothèses sur lesquelles se base le budget de l'assurance maladie-maternité relatif à l'exercice 2011 se présentent-elles comme suit:

- taux de cotisation unique de 5,60% avec une majoration de 0,50% pour les assurés couverts par les indemnités pécuniaires;
- contribution de l'Etat de 40% de l'ensemble des cotisations, ceci conformément à l'article 31, alinéa 1 du CSS;
- dotation spéciale de 20 millions d'euros destinée à compenser de façon forfaitaire l'incorporation des prestations en espèces de maternité dans le régime général de l'assurance maladie-maternité;
- taux de la réserve minimale légale maintenu à 5,5% en 2011, tout comme en 2010. Pour 2012, les estimations se basent sur l'hypothèse d'une réserve minimale légale de 6,5%, et d'une réserve minimale légale de 7,5% en 2013;
- économies directes sur les tarifs des prestataires de soins à hauteur de 20 millions d'euros. Ainsi, le gel de la valeur de la lettre clé des prestataires de soins libéraux a par exemple comme conséquence que les tarifs respectifs ne devraient augmenter qu'en fonction du seul effet de l'échelle mobile des salaires;
- adaptations statutaires des prestations et des participations des patients à hauteur de 20 millions d'euros.

12) Intégration des dépenses de maternité

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

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

L'intégration de la maternité dans le régime général nécessite encore un réagencement des différents taux de cotisations. Actuellement, le Code de la sécurité sociale prévoit des taux de cotisations distincts pour les soins de santé et pour les indemnités pécuniaires de maladie, fixés à ce jour à 5,4% et 0,5%.

Le financement des prestations de maternité, se composant de prestations en nature et en espèces (congé de maternité et dispense de travail) correspondantes, ne peut pour des raisons techniques pas être intégré tel quel dans les taux existants. Dès lors il est proposé de créer un taux de cotisation unique pour tous les assurés, majoré de 0,5% pour les assurés couverts par les indemnités pécuniaires actuelles.

13) La Commission de surveillance

Le projet de loi vise à intégrer le champ de compétence actuel de la Commission de surveillance des décisions individuelles relatives aux tarifs et au tiers payant dans la procédure de décision administrative présidentielle susceptible d'un recours juridictionnel devant les juridictions de la sécurité sociale.

Dans cette approche, la Commission de surveillance a comme seule mission de poursuivre les faits violant les dispositions légales d'assurance maladie-maternité et d'assurance dépendance commis dans le but d'obtenir le bénéfice d'une prestation injustifiée.

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

*

III. AVIS DES CHAMBRES PROFESSIONNELLES, DU CONSEIL D'ETAT ET DE LA COMMISSION NATIONALE POUR LA PROTECTION DES DONNEES

1) Conseil d'Etat

Dans son avis du 23 novembre 2010 le Conseil d'Etat, tout en formulant sept oppositions formelles, approuve dans les grandes lignes l'esprit de la réforme projetée – le médecin référent, le dossier de soins partagé, le principe de la substitution des médicaments, la définition du lien entre médecin hospitalier et établissement hospitalier, mais aussi les principes directeurs d'une nouvelle nomenclature à élaborer ...

Dans deux cas, notamment la définition des droits et devoirs du médecin référent par voie conventionnelle et la planification des services hospitaliers par le biais du plan hospitalier, la Haute Corporation s'oppose à des dispositions ne répondant pas aux exigences de l'article 32(3) de la Constitution. En effet, cet article exige que dans les matières réservées à la loi par la Constitution, le Grand-Duc ne peut prendre des règlements et arrêtés qu'aux fins, dans les conditions et suivant les modalités spécifiées par la loi. D'autres oppositions formelles concernent les procédures de médiation et en cas de litiges.

Pour ce qui est de la création d'une Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé et du dossier de soins partagé, la Haute Corporation y est favorable. Toutefois, elle insiste d'attendre et de prendre en compte l'avis de la Commission nationale pour la protection des données.

Si le Conseil d'Etat approuve l'idée des centres de compétences et des filières de soins, il demande aux auteurs de préciser davantage les dispositions afférentes.

Le Conseil d'Etat fait remarquer que le choix de maintenir un système de soins de santé basé sur l'affiliation obligatoire à un régime de sécurité sociale des citoyens et sur le conventionnement obligatoire et total des prestataires implique également le maintien de l'engagement financier de l'Etat dans ce système. Le Conseil d'Etat souligne par ailleurs que les mesures d'économie proposées doivent „donner la priorité aux initiatives ayant comme objet d'éviter le gâchis et d'empêcher les prestations

inadéquates, superflues ou inefficaces, libérant ainsi des ressources nécessaires pour investir dans une amélioration qualitative du système de santé“.

Dans son avis complémentaire le Conseil d'Etat marque son accord avec la plupart des amendements parlementaires. Pour ses observations concernant les amendements 6, 7, 8 et 24, il est renvoyé au commentaires des articles. A noter qu'il propose une définition des centres de compétence et une adaptation de la composition de la Commission de nomenclature.

2) Chambre des Fonctionnaires et Employés publics

Dans son avis du 12 novembre 2010, la Chambre des Fonctionnaires et Employés publics (CHFEP) s'est contentée d'examiner les grandes lignes du projet de loi, étant donné que bon nombre de détails restent à être déterminés par règlement grand-ducal. La CHFEP approuve les principes tant du médecin référent que des centres de compétences et des filières de soins tels que prévus, mais se réserve le droit de se prononcer définitivement au vu des projets de règlements grand-ducaux afférents. Surtout, la CHFEP voit d'un mauvais œil l'intégration des prestations de maternité dans le régime général et l'introduction d'un taux de cotisation unique destiné à couvrir tant les prestations en nature de l'assurance maladie-maternité, que les prestations en espèces de maternité et les indemnités pécuniaires de maladie. Malgré la majoration fixe de 0,5% pour les assurés ayant droit à des indemnités pécuniaires de maladie, la Chambre des Fonctionnaires et Employés publics estime que cette mesure défavoriserait e. a. „les agents du secteur public qui, tout en bénéficiant des congés susmentionnés, ne génèrent aucune dépense à charge de l'assurance maladie“.

3) Chambre des Salariés

Tout comme la CHFEP, la Chambre des Salariés (CSL) déplore l'absence des règlements grand-ducaux auxquels le projet de loi renvoie à de nombreux endroits. Une des critiques concerne le pouvoir décisionnaire du gouvernement en matière par exemple des mesures de prévention, mais aussi en ce qui concerne le pouvoir de gestion et de décision – pouvoir qui, selon la CSL, serait „cimenté“ par le projet de loi. La Chambre des Salariés approuve l'introduction du médecin référent sur base volontaire et tant qu'il n'y ait pas de conséquences désavantageuses pour les assurés qui font le choix de ne pas désigner un médecin référent. Pour ce qui est du dossier de soins partagé, la CSL considère l'idée comme „louable“, mais critique „le manque de précision en ce qui concerne la création, la gestion, la sécurité et la suppression d'un tel dossier, les conditions d'accès à ce dossier ainsi que les personnes y ayant accès“. Elle se soucie qu'un employeur puisse demander des renseignements sur le contenu du dossier d'un salarié ou d'un candidat à un poste et demande qu'une disposition interdisant une telle demande sous peine de sanctions pénales soit intégrée dans le Code du travail.

Quant au volet financier et par rapport aux mesures retenues, la CSL aurait préféré une suppression totale du plafond cotisable. Elle insiste que les prestataires fournissent leur contribution à l'assainissement financier du système de santé. Afin de permettre une meilleure pilotabilité du secteur hospitalier, la Chambre des Salariés plaide pour le développement des médecins salariés et pour un médecin-coordonateur qui fasse partie de la direction médicale et qui détienne un pouvoir d'organisation effectif. Finalement, la CSL, dans le but de garantir une qualité élevée du système de soins, „demande un véritable contrôle de qualité automatique et permanent, qui serait basé sur des standards internationaux comparables“.

4) La Commission nationale pour la protection des données

La CNPD se félicite du fait qu'elle ait été consultée à plusieurs reprises au cours de l'élaboration du programme e-Santé. Elle se montre satisfaite que les auteurs du projet de loi aient suivi sa recommandation d'inscrire la création et la mise en place d'un dossier médical électronique partagé dans la loi. Dans son avis globalement positif, la CNPD formule trois propositions de texte visant à renforcer les dispositions ayant trait à la protection des données, au respect du secret médical ou à la prévention des risques d'interception ou d'utilisation abusive du dossier.

5) Le Collège médical

Le Collège médical estime que l'objectif d'„un projet de vraie réforme du système de soins de santé (...) serait de réussir la quadrature du cercle, à savoir garantir une qualité optimale du système avec

des moyens financiers raisonnables“. Selon lui, la facilité actuelle d'accès aux soins pourrait avoir l'effet pervers de provoquer une consommation excessive des biens médicaux. En ce qui concerne l'organisation du système de soins, et plus précisément le conventionnement obligatoire, le Collège médical fait valoir les avantages d'un déconventionnement partiel: diminution des frais à charge de la CNS, possibilité de réguler l'accès des médecins au régime CNS et découragement respectivement freinage de l'afflux des médecins étrangers qui „envahissent notre territoire“. Le Collège médical souligne l'importance du facteur temps dans le diagnostic et le traitement.

Aux yeux du Collège médical, „le système de financement actuel d'un hôpital et sa dotation en personnel en fonction du nombre des „passages“ est plus que discutable“. Quant aux concepts de filières de soins et de centres de compétences, ainsi qu'aux statuts de médecin-coordonateur et de médecin hospitalier, le Collège médical estime qu'il y a lieu de les redéfinir.

6) La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers dans leur avis commun „exhortent“ le Gouvernement de retirer le projet de loi et d'instaurer „une réflexion concertée en vue d'aboutir à une réforme substantielle de l'assurance maladie-maternité courant 2012“. Tout en saluant l'introduction du médecin référent, du dossier de soins partagé, du tiers payant social et des mesures visant une meilleure coordination et une mise en commun d'activités dans le secteur hospitalier, les deux chambres conçoivent que le projet de loi ne résout pas les problèmes fondamentaux du système, „notamment l'absence de concept global de gouvernance des institutions de l'assurance maladie“.

*

IV. TRAVAUX EN COMMISSION

Depuis le dépôt du projet de loi sur la réforme du système de santé, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale a consacré onze réunions à l'examen et l'analyse du projet de loi et de tous les avis et documents afférents.

Comme décrit ci-dessus, le dépôt du présent projet de loi a été longuement préparé et précédé d'une très large phase de concertation. Malgré tous ces efforts, force a été de constater que la plupart des acteurs, bien que d'accord sur la nécessité d'une réforme, ne se sentaient pas concernés par la réforme dans son ensemble. Beaucoup d'entre eux, ne voyaient que les mesures qui les touchaient ou qui demandaient des efforts supplémentaires de leur part – que ce soit en matière d'efficience ou de transparence, en matière de concertation et de collaboration ou même en matière de moyens financiers ... En effet, souvent les différents acteurs limitaient chacun ses propositions à des éléments ne visant que les autres acteurs, selon l'attitude bien connue „not in my backyard“.

Suite aux discussions et débats très émotionnels, dans le contexte d'affirmations parfois incorrectes voire diffamatoires et confrontée au „service réduit“ des médecins demandant le retrait pur et simple du projet de loi, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale a pris l'initiative de procéder à l'audition des principaux organismes concernés par la réforme.

*

Les principaux commentaires, critiques et propositions exprimés lors des auditions sont résumés ci-dessous. A noter qu'ils ont trait aux textes et négociations à un certain stade de la procédure législative et font ainsi référence au texte initial du projet de loi, avant le dépôt des amendements gouvernementaux, avant l'avis du Conseil d'Etat et avant les amendements parlementaires.

1) Audition des représentants de l'Association des médecins et médecins-dentistes

L'AMMD a formulé ses critiques et propositions en raisonnant par rapport au système du conventionnement obligatoire tel qu'il s'applique au Luxembourg. Dans le cadre de ce système, il a été jusqu'à présent d'une importance primordiale que l'AMMD ait pu négocier aussi bien avec la Caisse nationale de Santé (CNS) qu'avec l'Entente des Hôpitaux (EHL) sur base d'une relation équitable de partenaires, animés de part et d'autre par un esprit de participation.

Pour l'AMMD, c'est sur cette base qu'a pu être négocié avec l'EHL, entre autres, le contrat type d'agrément des médecins au niveau des hôpitaux. La seule approche possible dans un système de conventionnement obligatoire est précisément celle de la négociation, dans le but d'arriver à un consensus.

Or, de l'avis de l'AMMD, cet esprit de participation est tout simplement remis en question par la philosophie générale du projet, ce qui inévitablement aboutirait également à la fin du conventionnement obligatoire.

Ainsi l'AMMD se prononce pour le maintien de la Commission de surveillance dans ses attributions et sa composition actuelle. Dans un même ordre d'idées, l'AMMD se prononce pour la mise en place d'une commission de nomenclature avec représentation paritaire de l'AMMD. La définition des prestations médicales doit ressortir essentiellement de la compétence des représentants médecins au sein de cette commission et la détermination des prix à apposer aux différentes prestations relève de négociations avec la CNS, sans ingérence extérieure. La profession médicale à vocation essentiellement libérale, ne peut accepter le carcan du conventionnement obligatoire, opposable d'office à tous les médecins, qu'à condition que toute ingérence inacceptable dans un domaine essentiellement conventionnel soit évitée.

L'AMMD critique également le fait que dorénavant, en cas d'échec de la procédure de médiation sur les dispositions conventionnelles obligatoires, il appartiendrait au ministre d'arrêter les dispositions afférentes. Selon l'AMMD, ce mécanisme constitue une véritable incitation à la CNS de faire échouer les négociations sur ces matières conventionnelles pour transférer ainsi le véritable pouvoir décisionnel au ministre.

Depuis la réforme de 1992, la masse des honoraires des médecins est fonction de la masse salariale cotisable et est essentiellement influencée par deux facteurs, à savoir le nombre des prestations et l'évolution de la démographie médicale.

Or, au cours des dernières années la démographie médicale a augmenté de façon substantielle, ceci notamment en raison des besoins nés de la mise en place respectivement de l'extension d'infrastructures hospitalières modernes. Au cours des dernières années, le corps médical a dû subir et absorber en quelque sorte dans sa masse d'honoraires les effets de cette augmentation dans le cadre des négociations avec la CNS.

Selon l'AMMD l'évolution de la démographie médicale se trouve encore „stimulée“ par des décisions ministérielles concernant l'acquisition d'appareillages médicaux lourds. Aussi faut-il savoir que l'agrégation d'un médecin supplémentaire en milieu hospitalier est accompagnée en moyenne par l'engagement de 9 salariés (assistants médicaux et techniques, secrétariat, etc.) ce qui a évidemment pour effet de gonfler le coût du système.

Selon l'AMMD, depuis la réforme de 1992, la situation juridique du conventionnement obligatoire a fondamentalement changé suite aux arrêts „Kohll et Decker“ de la Cour de Justice des Communautés européennes du 28 avril 1998. Cette jurisprudence permet à l'assuré, certainement en traitement ambulatoire, de se faire rembourser par la CNS, sans autorisation préalable, des prestations de santé lui dispensées à l'étranger. Cette jurisprudence a eu comme effet que la situation concurrentielle des médecins luxembourgeois enfermés dans le carcan rigide du conventionnement ne repose plus sur des bases équitables par rapport aux confrères étrangers. L'AMMD considère qu'une erreur logique dans la philosophie générale du projet réside dans le lien artificiel qu'il tend à instituer dans un système de médecine libérale entre la situation économique de l'assuré patient et la prestation médicale à offrir.

Le médecin défend en tout état de cause l'intérêt du patient et offre à ce titre la meilleure prestation possible, y compris par exemple le choix du matériel technique. Il peut arriver que la situation financière du patient ne permet pas d'assumer ce choix. Or ce problème, à traiter à un autre niveau, n'a rien à faire avec la prestation médicale elle-même dont l'offre et la responsabilité doivent rester dans la compétence exclusive du médecin.

N'acceptant pas le système de filières de soins telles que définies par le projet de loi, l'AMMD rejette également l'idée de centres de compétence dans la conception préconisée par ce même projet. Le centre de compétence tel que prévu par la réforme s'identifie en fin de compte à un ensemble de filières de soins. Il en reprend également l'esprit de restriction à la liberté thérapeutique du médecin et à la liberté de choix du patient. Le modèle de centre de compétence proposé par le projet de loi table encore sur l'idée de responsabilité collective dont le caractère ingérable a été démontré à l'étranger.

Le cercle des médecins-généralistes, après avoir rappelé que les membres de son association participent à l'action syndicale de l'AMMD, rappelle son plaidoyer en faveur d'une revalorisation de la

fonction de médecin-généraliste. De par sa vocation profonde, le médecin-généraliste est en charge des soins de santé primaires, ceci en ne négligeant pas la „dimension psychologique et sociale“ du patient. L'expérience montre que 90% environ des problèmes de santé peuvent être résolus à ce premier niveau de prise en charge. Si tel n'est pas le cas, le médecin-généraliste est censé mettre au point ensemble avec son patient un parcours de soins (analyses, examens-imageries, avis d'un spécialiste) en assumant pendant ce parcours pour le patient la fonction de guide et d'instance de confiance.

Il est vrai que ces idées ne sont pas étrangères à la notion de médecin référent telle que proposée par le projet. Toutefois, le cercle des médecins-généralistes craint que la fonction de médecin référent ne soit en fin de compte autrement interprétée et pourrait servir – du moins implicitement – à des fins de contrôle.

Pour conclure, l'AMMD rejette le projet de loi en ce qu'il représenterait le passage d'un système conventionnel, sur base de l'exercice libéral de la médecine, vers un système réglementé. Il s'agirait donc d'un changement fondamental de système que l'AMMD se doit de récuser vigoureusement.

L'AMMD est disposée à reprendre le dialogue, fût-ce sous forme écrite, avec les auteurs du projet de loi, à condition que ces derniers soient à leur tour prêts à renoncer au diktat qui a prévalu jusqu'à présent.

2) Audition des représentants du Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois

Le Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois a communiqué à la Chambre des Députés un résumé de ses principales doléances et propositions.

En guise d'introduction, le Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois informe la Commission que:

- lors d'une entrevue avec le Ministre de la Sécurité sociale, ce dernier lui a signalé qu'il est conscient du problème concernant l'abattement accordé par les pharmaciens à la CNS et que le taux actuel de l'abattement ne subirait pas de modifications;
- pour établir les prévisions des coûts des produits pharmaceutiques pour l'année 2010, l'IGSS s'est basée sur les chiffres de 2009 (160 millions d'euros) et les a majorés de 5,5%, ce qui correspond à 169 millions d'euros. Force est de constater que ces estimations sont fausses, étant donné que le taux de croissance des frais pour produits pharmaceutiques s'élevait de janvier à août 2010 seulement à 0,58% et que les dépenses de la CNS en la matière baisseront encore les derniers mois de l'année 2010. Par conséquent, la CNS fera à ce titre des économies à hauteur d'environ 9 millions d'euros;
- depuis 3 à 4 ans, les prix des médicaments à marge réduite et à marge normale importés de la Belgique ont subi une forte diminution. S'y ajoute la baisse des prix suite à la mise sur le marché de plus en plus de médicaments génériques. Ainsi, le chiffre d'affaires des pharmaciens stagne et diminuera pour l'année 2010;
- le taux d'abattement accordé à la CNS s'élève d'ores et déjà à 3,75%.

A la suite de ces mots d'introduction, le Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois prend position sur les points suivants du projet de loi:

En ce qui concerne la substitution des médicaments, le Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois signale qu'il faut faire la distinction entre le volet médical et le volet financier.

Il souligne que d'un point de vue médical, les médicaments génériques sont aussi efficaces que les médicaments brevetés, de sorte que les pharmaciens, dans la mesure où les règles sont claires et les problèmes techniques sont résolus, ne s'opposent pas à un système de substitution de médicaments.

Pour ce qui est de la mise en place de la gestion électronique des prescriptions, malgré les problèmes pratiques éventuels, les pharmaciens ne s'y opposent pas, à condition qu'elle soit conforme à la réglementation sur la protection des données personnelles.

Quant à la rémunération des pharmaciens, le Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois informe la commission qu'environ 90% des médicaments sont importés de la Belgique et que la structure de prix appliquée par les pharmaciens établis au Luxembourg correspond à la structure de prix applicable en Belgique, de sorte que l'évolution des marges au Luxembourg est identique à celle de la Belgique.

Il signale que le 1er avril 2010, la Belgique a mis en place une réforme structurelle du système de rémunération du pharmacien, visant à contrecarrer une diminution considérable de la marge bénéficiaire moyenne des pharmaciens. Selon le nouveau système de rémunération par honoraire, on se base sur la marge en chiffre absolu de 2009 pour fixer le montant de l'honoraire qui constitue l'enveloppe globale des honoraires pour 2010. Cette enveloppe est indexée et négociable à intervalles réguliers. Elle se divise en deux sortes d'honoraires, à savoir d'une part, l'honoraire de délivrance (95%) et d'autre part, l'honoraire spécifique (5%).

Le Luxembourg, tout en ayant maintenu le terme de „marge“, a repris cette structure de rémunération des pharmaciens, à l'exception toutefois des 5% d'honoraires spécifiques. Il s'ensuit donc que les pharmaciens font une perte d'honoraires de 5% sur environ 90% du chiffre d'affaires avec la CNS. Selon les données transmises par le STATEC, le chiffre d'affaires total réalisé par les pharmacies connaît une baisse de 2,2% en 2010. S'y ajoute que la rémunération des pharmaciens est tributaire de négociations en Belgique, bien que le Luxembourg dispose de structures de frais totalement différentes (salaires, loyers etc.) de la Belgique.

Le Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois souligne encore que la convention collective de travail des salariés travaillant dans les pharmacies a été dénoncée. Par ailleurs, le Ministre de la Santé prévoit la création de cinq nouvelles officines (91 officines sont actuellement établies au Luxembourg).

Voilà pourquoi, le Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois demande de ramener provisoirement le taux de l'abattement à 0% pour une durée de deux ans et de procéder fin 2012 à une nouvelle analyse de la situation et de prendre alors, le cas échéant, les mesures adéquates.

Suite à la présentation de la prise de position du Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois, la Commission procède à un échange de vues, duquel il a lieu de retenir succinctement les éléments suivants:

- la mise en place de programmes de „compliance“ s'avère importante, étant donné que de nombreuses études démontrent que des économies non négligeables peuvent être réalisées lorsque les assurés prennent leurs médicaments conformément à leur prescription;
- la mise en place d'une centrale d'achat pour les pharmaciens risque de générer plus de frais accéssoires que d'avantages;
- le système de base de remboursement est institué en vue de favoriser la délivrance des médicaments les moins chers appartenant au même groupe de principe actif qui n'est plus protégé par un brevet dans le pays de provenance. L'assuré pourra toujours choisir un médicament plus cher, mais la prise en charge par l'assurance maladie-maternité se fait en application de la base de remboursement fixée par la CNS. Ainsi, la participation de l'assuré varie en fonction du médicament qu'il a finalement choisi.

3) Audition des représentants de la Fédération Luxembourgeoise des Laboratoires d'Analyses Médicales (FLLAM)

La FLLAM a transmis à la Chambre des Députés une prise de position détaillée sur le projet de réforme.

En guise d'introduction, la FLLAM informe la Commission qu'elle représente trois laboratoires privés exploités en nom personnel et occupant 350 salariés qualifiés (laborantins, infirmières etc.), par opposition à 9 laboratoires en 1999 et que le secteur privé extrahospitalier de la biologie médicale représente 1,9% du budget de la CNS. Ces dernières années, les laboratoires privés ont réalisé une démarche volontaire d'accréditation selon la norme ISO 15189 sans aucune aide étatique, tandis que le *benchmarking* international démontre que les remboursements par la CNS se positionnent à un niveau inférieur que ceux pratiqués à l'étranger.

Pour les laboratoires privés, le vote du projet de loi modifiant la loi du 16 juillet 1984 relatif aux laboratoires d'analyses médicales (doc. parl. 6151) revêt une importance primordiale, étant donné qu'il prévoit la possibilité d'une exploitation sous forme de personne morale, de sorte que les laboratoires privés pourront à l'avenir exercer un rôle d'acteur économique dans la Grande Région en particulier, et dans l'Union européenne, en général.

La FLLAM tient à souligner que les laboratoires privés subissent deux sortes de pressions, à savoir, d'une part, une pression économique et, d'autre part, une pression législative.

La FLLAM souligne que la pression économique se fait sentir de deux manières, à savoir, d'un côté, par le projet de loi susmentionné, en ce qu'il prévoit une baisse de la lettre-clé des laboratoires privés

de 14,25%, et de l'autre côté, par le Comité quadripartite de l'assurance maladie-maternité qui s'est tenu le 27 octobre dernier, en ce qu'il a évoqué comme piste à discuter entre autres l'adaptation statutaire de la CNS en vue de réaliser des économies au niveau des prestataires de soins par le biais d'une participation de l'assuré.

La FLLAM rappelle encore que ces dernières années, les tarifs des laboratoires privés ont fait l'objet de plusieurs baisses successives, à savoir une baisse de 10% en 2002 (baisse appliquée rétroactivement à partir du 1er janvier 2002) et la limitation du remboursement par la CNS à 12 actes par ordonnance qui a provoqué une perte de 8%. En fait, la non-application de ce système par le secteur hospitalier a conduit les laboratoires privés à ne pas facturer à l'assuré le dépassement des 12 actes afin de ne pas les faire fuir vers les hôpitaux où aucune facturation n'a été mise en œuvre. Une autre baisse (-19,35%) de la lettre-clé des actes en laboratoire a été décidée en 2009.

Le présent projet de loi prévoit une baisse supplémentaire de la lettre-clé des laboratoires privés de 14,25%, qui d'ailleurs n'est pas indexée, par opposition à celle d'autres prestataires de soins.

Par ailleurs, la FLLAM informe la Commission qu'elle a introduit une demande en revalorisation de la lettre-clé des laboratoires privés de 4,63% conformément à l'article 67 du Code de la sécurité sociale, mais qu'il y a pourtant eu échec des négociations, étant donné que la CNS est d'avis que les tarifs des laboratoires privés devraient être baissés de 10% (par opposition au projet de loi qui prévoit une baisse de 14,25%), de sorte que la procédure de médiation est engagée.

La FLLAM donne à considérer qu'une adaptation éventuelle des statuts de la CNS concernant la prise en charge des actes des laboratoires aurait dans un premier temps uniquement un impact sur les laboratoires privés, étant donné que selon l'article 13 du présent projet de loi la débudgétisation des actes ambulatoires des laboratoires hospitaliers n'entrera en vigueur qu'à partir du 1er janvier 2012.

Ainsi, dans l'hypothèse d'une participation de l'assuré de 1 euro par analyse, ce dernier devrait payer en moyenne 9 euros par ordonnance dans les laboratoires privés à partir du 1er janvier 2011, tandis que les analyses effectuées dans les laboratoires hospitaliers seraient gratuites jusqu'au 31 décembre 2011. Étant donné que le système du tiers payant est applicable, l'application pratique de la participation de l'assuré provoquerait une charge administrative non négligeable. Il constituerait par ailleurs, en tout cas pendant un an, une concurrence déloyale entre laboratoires privés et hospitaliers.

Par ailleurs, la FLLAM tient encore à souligner que, bien que les actes ambulatoires des laboratoires soient débudgétés, le secteur hospitalier continue à profiter d'un avantage budgétaire significatif et verrait ses frais fixes et variables toujours couverts pour les besoins de l'activité stationnaire tout en bénéficiant des infrastructures et des équipements existants pour la prise en charge de l'activité ambulatoire remboursée à l'acte sur base de la cotation à la nomenclature. Or, les laboratoires privés ne bénéficient d'aucune subvention ou aide étatique pour leurs frais de fonctionnement (infrastructures, équipements, personnel) et ne disposent que de la cotation des actes à la nomenclature pour développer leur activité.

Du point de vue législatif, la FLLAM relève que la modification qu'il est proposé d'opérer à l'ancien point 3 de l'article 17 du CSS (nouveau point 4) constituerait un changement fondamental en ce sens que, suite à la suppression par le projet de loi des examens de laboratoires, la possibilité pour les laboratoires privés de devenir actifs dans le domaine des examens d'histologie dans le cadre de l'anatomopathologie, domaine réservé à l'heure actuelle au Laboratoire national de Santé, est écartée.

En outre, la FLLAM tient à souligner qu'elle demande depuis 2006 une révision de la nomenclature des actes et des prestations de laboratoires en vue d'une adaptation acte par acte des valeurs en tenant compte des réalités économiques actuelles. Aux yeux de la FLLAM, la révision de la nomenclature ne pourra se faire qu'avec une commission de nomenclature paritaire, mais elle relève qu'elle risque de se voir allouer au plus un poste, ce qui impliquerait que le secteur des laboratoires privés se retrouverait sous-représenté.

Suite à la présentation de la prise de position de la FLLAM, la Commission procède à un échange de vues, duquel il y a lieu de retenir succinctement les éléments suivants:

- la FLLAM plaide pour un transfert de l'activité ambulatoire vers le secteur privé, ainsi que pour la fusion des laboratoires hospitaliers en une seule plateforme stationnaire en ce qui concerne les analyses des patients stationnaires;
- la FLLAM ne réfute pas l'idée de négocier une convention collective, mais donne toutefois à considérer que ces négociations risquent de s'avérer difficiles pour trois raisons. D'une part, les trois

laboratoires privés existants sont issus de fusions voire de rachats, d'autre part, les laboratoires privés sont confrontés tous les deux ans à des baisses de tarifs et enfin, les tarifs des laboratoires privés ne sont pas indexés, tandis que les salaires et loyers sont indexés.

4) Audition d'une délégation de l'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois (EHL)

L'EHL a communiqué à la Chambre une prise de position circonstanciée, transmise aux membres de la commission, tout comme un résumé de cette prise de position et une énumération des principales exigences de l'EHL.

Dans un souci de garantir un bon fonctionnement du service hospitalier, l'EHL plaide pour la mise en place d'un cadre légal clarifiant les relations entre les hôpitaux et les médecins et définissant les responsabilités, les droits et les devoirs des différents acteurs hospitaliers dans la prise en charge des patients et dans la gestion de l'hôpital. Le statut du médecin hospitalier devra être précisé, notamment en ce qui concerne son indépendance en matière médicale, mais également le respect de certaines règles internes régissant le fonctionnement des hôpitaux. Le médecin-coordonateur devra assumer le rôle d'interlocuteur de la direction médicale, ainsi que des autres acteurs hospitaliers et assurer le développement et la coordination de l'activité médicale de son service.

L'EHL salue la mise en place par le projet de loi d'un cadre minimum définissant le statut du médecin hospitalier, mais tient toutefois à souligner que dans un contexte de pression budgétaire croissante, des précisions devront encore être apportées aux responsabilités individuelles des différents acteurs hospitaliers dans leur domaine d'action.

L'EHL souligne que les hôpitaux n'ont pas d'emprise sur le type de prothèse prescrit par les médecins et qu'il existe à l'heure actuelle, de fortes divergences concernant les types de prothèses mises en place par les médecins (certains utilisent une prothèse à 900 euros tandis que d'autres utilisent une prothèse à 2.900 euros). Afin que la centrale d'achat puisse négocier des prix raisonnables et qu'une comparaison du rapport qualité/prix puisse être réalisée, l'EHL plaide pour une uniformisation au niveau national du type de prothèse de haute qualité à utiliser par les médecins. L'exigence d'une concertation entre médecins vise à optimiser le fonctionnement des hôpitaux et concerne donc le volet organisationnel et non pas le volet traitement du patient, de sorte que la liberté thérapeutique individuelle sera toujours garantie.

En ce qui concerne l'introduction prévue d'une enveloppe budgétaire globale et l'établissement des budgets sur deux ans, l'EHL déplore le plafonnement de l'enveloppe budgétaire globale et l'absence d'un système de financement basé sur une logique d'incitatifs.

En effet, l'EHL, tout en pouvant accepter sous certaines conditions, la mise en place d'un budget prévisionnel sur deux ans, plaide toutefois pour le maintien du système de budget individuel par hôpital, étant donné que les hôpitaux sont des entités juridiques indépendantes ayant leurs spécificités infrastructurelles et organisationnelles nécessitant souvent des dotations budgétaires adaptées.

En outre, l'EHL donne à considérer que la progression forfaitaire de 3% de l'enveloppe budgétaire globale pour les années 2011-2012 devra constituer une progression réelle et demande que le projet de loi, d'une part, apporte des précisions quant aux éléments qui sont compris dans ce taux de progression (question de savoir si la variation de l'indice à la consommation, les progressions liées à la convention collective de travail, le glissement des carrières etc. sont compris ou non dans ce taux de 3%) et, d'autre part, limite cette progression forfaitaire à certaines activités, et enfin prévoie une marge de sécurité permettant de couvrir des dépassements budgétaires difficilement prévisibles (pandémie, nouvelles thérapies, augmentation des prescriptions par les médecins etc.)

Quant au reproche que les comptes des établissements hospitaliers ne seraient pas transparents, il convient de noter que les hôpitaux mettent en œuvre une bonne politique de financement, qu'ils font l'objet d'un audit et que les comptes des hôpitaux sont accessibles à la CNS. S'il y a un problème de transparence, il est dû au fait que les données qui sont intégrées dans le système ne sont pas toujours assez fiables pour que les hôpitaux puissent les rendre plus transparentes (à l'heure actuelle, les hôpitaux ne connaissent pas les données administratives et les modalités de la facturation des actes prestés par les médecins).

L'EHL accueille favorablement l'idée de la mise en place de centres de compétence contribuant ainsi à rendre le Luxembourg plus attractif et partant plus concurrentiel par rapport à la Grande Région.

L'EHL souligne qu'il faut en premier lieu définir les critères pour déterminer objectivement les pathologies pour lesquelles la mise en place de centres de compétences s'avère nécessaire et utile et en second lieu, conférer une protection adéquate aux centres de compétences, garantissant que les actes médicaux censés être effectués aux centres de compétences ne seront plus effectués ailleurs. En outre, l'EHL est d'avis qu'il importe de clarifier le statut des services nationaux, qui figurent dans le plan hospitalier, mais qui ne sont pas budgétisés. Sont-ils des centres de compétences? Aux yeux de l'EHL, des centres de compétences pourraient être mis en place dans les domaines de la médecine environnementale, de la neurochirurgie ou de la thérapie du cancer. Par ailleurs, la création d'une clinique mère-enfant et d'une clinique orthopédique serait envisageable.

Etant donné que la nomenclature arrêtée par la Commission de nomenclature aura des impacts importants en tant qu'incitatif sur le comportement des prescripteurs, voire sur le fonctionnement de l'hôpital, l'EHL salue que le projet de loi lui attribue un siège dans la nouvelle Commission de nomenclature. Ainsi, l'EHL est impliquée directement dans le fonctionnement de la Commission de nomenclature et dispose d'un droit d'initiative en ce qui concerne la détermination de la valeur pécuniaire des actes prestés par les médecins.

Concernant la limitation du nombre de médecins agréés, l'EHL craint qu'elle ne risque d'avoir un impact négatif sur la qualité des soins aux hôpitaux. L'EHL souligne qu'il est important pour les hôpitaux qui fonctionnent 24h/24h de disposer d'un nombre suffisant de médecins leur permettant d'assurer leur service.

Dans le contexte d'une mutualisation, l'EHL souligne que pour pouvoir maîtriser les coûts, une centrale d'achat entre établissements hospitaliers a été mise en place et sera développée dans les années à venir. Le groupement d'achat médical (mutualisation des médicaments) permet aux hôpitaux de négocier en commun les prix d'achat des médicaments ce qui a pour corollaire une réduction des prix d'achat, leur permettant ainsi de réaliser des gains non négligeables.

Etant donné qu'il importe de canaliser les activités de l'ensemble des acteurs de la santé dans le cadre de la gestion de l'information, l'EHL accueille favorablement la création d'une „Agence nationale des informations dans le domaine de la santé“. Elle déplore toutefois que le projet de loi ne souffle mot sur l'initiative de mutualisation de l'informatique que les établissements hospitaliers sont en train de réaliser. En effet, le Centre informatique sectoriel (CIS) sera la structure opérationnelle pour gérer les projets et les activités mutualisées des hôpitaux et il est censé travailler en cohérence avec cette nouvelle agence prévue par le projet de loi, au sein de laquelle l'EHL souhaite d'ailleurs bénéficier d'une représentativité adéquate pour défendre les intérêts du secteur.

L'EHL précise que la création d'un CIS est vitale pour permettre aux hôpitaux de faire face aux exigences de fournir une information hospitalière échangeable, et demande par conséquent d'intégrer le CIS dans le projet de loi comme signal fort du soutien des organes de tutelle dans la réalisation de ce projet ambitieux, témoignant d'une volonté réelle des établissements hospitaliers de poursuivre une politique de maîtrise des coûts.

5) Audition d'une délégation de l'UEL

Le représentant de l'UEL souligne que l'Union des entreprises ne refuse pas en bloc le projet de réforme déposé par le Gouvernement. Cependant, certaines bonnes pistes du projet n'empêchent pas qu'il se doit de relever d'emblée que dans la situation économique actuelle de nombreuses entreprises ne disposent plus de la moindre marge de manœuvre financière. Tout renchérissement risquerait d'aggraver la situation des entreprises en difficulté et les rapprocherait d'une issue fatale. Il faut tenir compte du fait qu'à l'intérieur de la Grande Région la situation concurrentielle des entreprises luxembourgeoises s'est progressivement dégradée et qu'il faut absolument redresser cette évolution. En tout état de cause, l'approche économique ne doit pas être négligée dans l'orientation générale de la réforme.

L'UEL renvoie aux lignes directrices du document „Soigner mieux en dépensant moins“, établi en guise de prise de position sur la réforme du système de soins de santé luxembourgeois, et expose d'abord que le système de santé du Luxembourg est caractérisé par une très large générosité: Les dépenses pour soins de santé par habitant au Luxembourg sont parmi les plus élevées de l'ensemble des pays de l'OCDE¹. En même temps, la part du financement public pour les dépenses de santé est

¹ Le Luxembourg figure au 4e rang derrière les Etats-Unis, la Norvège et la Suisse.

la plus élevée de l'OCDE. Le corollaire en est que la participation des assurés aux soins de santé se situe parmi les plus faibles en comparaison internationale.

Au cours des dernières années la progression annuelle moyenne des dépenses pour soins de santé s'est située aux environs de 6%; à législation constante le déficit financier cumulé de l'assurance maladie risque d'atteindre 680 mio d'euros en 2014.

Le projet gouvernemental propose un freinage, pas assez ambitieux selon l'UEL, de cette croissance à approximativement 4% au cours des années à venir. L'UEL estime que le potentiel considérable de synergies permettant de réduire le coût est loin d'être intégralement exploité. Elle considère que ce taux d'augmentation devrait être diminué à 1,5% par an en moyenne entre 2010 et 2014. Ce taux moyen de 1,5% pourrait être atteint moyennant l'instauration d'un taux annuel de progression maximal dégressif pour cette période, ceci notamment en mettant à profit les économies pouvant être obtenues moyennant l'extension de la chirurgie ambulatoire – un domaine à l'égard duquel le projet véhicule une approche trop timide.

Un autre point faible, insuffisamment abordé par la réforme, concerne l'explosion de la démographie médicale en milieu hospitalier. Dans le cadre de la planification hospitalière, le nombre de médecins agréés devra être limité aux besoins médicaux réels du pays.

De même, en ce qui concerne les laboratoires, le projet prévoit certaines mesures allant dans la bonne direction, mais selon l'UEL un concept global, introduisant notamment une meilleure répartition des tâches en matière d'analyses médicales, fait défaut. Il est par ailleurs indispensable d'inscrire le LNS dans une stratégie cohérente d'organisation des analyses médicales dans notre pays.

Concernant le transfert du financement des prestations de maternité du budget de l'Etat dans le financement normal par cotisation, l'UEL se doit de réfuter cette option. L'UEL considère qu'il s'agit d'un transfert à terme des charges à la CNS pour alléger les finances publiques. Selon l'UEL la dotation spéciale maternité que l'Etat prévoit d'allouer à la CNS est insuffisante.

En matière de planification hospitalière, l'UEL considère que le projet de réforme reste trop vague et que des possibilités substantielles de synergies et de rationalisation ne sont pas suffisamment exploitées, notamment au niveau de la spécialisation des services et de l'organisation commune de certaines activités hospitalières.

Concernant la budgétisation des établissements hospitaliers, l'UEL est d'avis que le système issu de la réforme de 1992 continuera de pécher par une opacité préjudiciable dans la mesure où sur ce point le projet de réforme actuel reste largement en retrait par rapport aux interventions courageuses et ambitieuses qui s'imposent pour contenir l'explosion des coûts dans le secteur hospitalier.

Enfin, en ce qui concerne la gouvernance de la CNS, l'UEL a formulé des propositions pour une réforme en profondeur, essentiellement destinées à en faciliter le fonctionnement et à en améliorer l'efficacité.

Concernant la question d'un éventuel relèvement du taux de cotisation, l'UEL se doit d'insister sur le fait que même un relèvement modeste de deux fois 0,1%, lequel pourrait théoriquement être considéré comme marginal, entraînerait un effet signal hautement préjudiciable au développement futur de l'économie luxembourgeoise.

Les décideurs et investisseurs économiques pourraient en déduire qu'au Luxembourg tout déséquilibre financier dû à une croissance incontrôlée des dépenses serait compensé, dans le réflexe d'une politique à court terme, par un renchérissement du coût du travail.

Dans ce même contexte, l'UEL considère qu'il n'est pas opportun de reconstruire la réserve de l'assurance maladie-maternité déjà en 2011 et de financer cette dotation supplémentaire par un relèvement des cotisations lorsque durant l'exercice précédent on a puisé dans cette réserve pour épouger le déficit, précisément pour éviter un relèvement des cotisations.

L'UEL a bien été opposée au principe de cette opération unique d'apurement du déficit par le recours à la réserve, mais à présent elle doit fustiger l'incohérence que représente la proposition de reconstruire cette réserve à un moment où la situation financière ne le permet pas. Selon les estimations de l'UEL, cette reconstruction de la réserve pourrait en revanche se faire sans impact sur le taux de cotisation au cours des exercices 2013 et 2014, s'il est politiquement considéré comme indiqué de maintenir la réserve au haut niveau antérieur à l'exercice 2010. Le renoncement à la dotation de la réserve en 2011 entraînerait une économie de l'ordre de 35 mio d'euros, de sorte que le besoin de financement total de l'assurance maladie-maternité ne serait plus que de 65 mio d'euros.

6) Audition des syndicats OGB-L, LCGB et CGFP

a) OGB-L

Le représentant du syndicat OGB-L annonce que l'OGB-L ne finalisera sa position définitive par rapport au projet de loi qu'au moment où il aura pu prendre connaissance des projets de règlements grand-ducaux d'exécution du projet de loi.

En suivant la structure du projet de loi, l'intervenant présente les observations que le projet suscite d'ores et déjà de la part de l'OGB-L.

L'introduction du médecin référent trouve l'accord de principe de l'OGB-L. Toutefois, il faudrait privilégier la voie de la sensibilisation des assurés à l'innovation du médecin-référent plutôt que de prévoir un système de remboursement respectivement de participation différenciée des assurés. En matière de protection des données, il faut écarter toute possibilité d'accès au dossier médical dans le cadre des relations de travail.

Le projet de loi prévoyant certes l'introduction du tiers payant social pour les assurés confrontés à des situations de détresse et de pauvreté considérables, l'OGB-L aurait préféré l'extension généralisée de ce système, à l'instar de modalités applicables à l'étranger.

L'intervenant s'interroge si l'ensemble des opérations liées au transfert des dépenses de maternité du budget de l'Etat vers l'assurance maladie-maternité ne se solde pas par une régression de la participation de l'Etat dans le financement de cette branche de la Sécurité sociale de 42% à 40%.

Quant au taux unique de cotisation de 0,5% pour les prestations en espèces, on peut se demander s'il est indiqué de faire dorénavant participer au financement de ce volet la catégorie d'assurés ne bénéficiant pas de prestations en espèces, à savoir les retraités. Cette question doit être posée dans la mesure où la cotisation de 0,5% à payer par les bénéficiaires des prestations en espèces ne suffira plus pour couvrir toutes ces prestations – y compris celles nouvelles relatives à la maternité – et que donc les recettes sur base de la cotisation générale payée par tous les assurés devront être mises à contribution à cet effet.

L'OGB-L constate que les données permettant de chiffrer le besoin de financement pour 2011 ont évolué en sorte que ce besoin ne se situe actuellement plus qu'à 78 mio d'euros. Selon l'OGB-L les recettes supplémentaires résultant d'une augmentation des cotisations de 0,1% ainsi que des mesures prévues au niveau des prestataires permettraient largement de couvrir ce besoin de financement, de sorte qu'on pourrait renoncer à une contribution des assurés allant au-delà du relèvement de la cotisation.

Enfin, l'OGB-L considère qu'il est financièrement inopportun de prévoir, comme le projet le propose, la reconstitution du fonds de roulement de la CNS dès l'exercice 2011, mais d'attendre pour ce faire les exercices 2012 à 2014 au cours desquels les mesures d'économies du projet porteront pleinement leur effet.

L'OGB-L craint que le transfert de la compétence décisionnelle en matière de litiges individuels au président de la CNS n'attribue à ce dernier un rôle de juge et partie et demande que cette disposition soit enlevée du projet.

En ce qui concerne le secteur hospitalier, l'OGB-L approuve quant au principe les dispositions de la réforme visant la mise en place de centres de compétences et de filières de soins, à condition pour ces dernières d'assurer un contrôle continu de la qualité au plus haut niveau des soins dispensés aux patients dans ce cadre.

Le principe de l'introduction de la fonction de médecin coordinateur est également à saluer, sous réserve toutefois que, selon l'OGB-L, le texte gouvernemental n'apporte pas de réponse satisfaisante à la question des pouvoirs effectifs pouvant être attribués à cette nouvelle fonction dans un cadre d'exercice libéral de la médecine.

Quant au développement de la chirurgie ambulatoire, il faudra savoir garder mesure et ne pas négliger l'entourage familial et social dans la prise en charge du patient. Par ailleurs, la reconnaissance officielle et la promotion de la médecine de l'environnement font défaut dans le projet de réforme.

b) *LCGB*

Le délégué du LCGB souligne que son syndicat a en principe une approche positive par rapport à la réforme.

Toutefois à beaucoup d'égards l'appréciation dépendra en définitive du contenu détaillé que les règlements grand-ducaux d'exécution seront censés apporter au cadre tracé par la réforme légale.

Ainsi l'introduction de la fonction de médecin référent est à accueillir positivement si elle est effectivement conçue comme conférant au patient un médecin de confiance soucieux de le guider et de lui procurer les meilleurs soins possibles.

De même, le dossier de soins partagé du patient est susceptible de comporter une multitude d'avantages pour le patient, à condition que l'accès en soit strictement réglementé et qu'il soit exclu que ce dossier puisse, par exemple, servir pour juger de l'employabilité d'un assuré.

Le principe de la substitution de médicaments prévue par le projet en tant que tel est à apprécier positivement; mais seulement à condition que la réglementation d'exécution prévoie des garde-fous excluant toute déviation de cet instrument vers un rationnement de l'accès aux soins.

La même approche prudente est de mise par rapport à la notion de bonnes pratiques opposables qui doivent toujours être perçues comme devant s'appliquer dans l'intérêt du patient. Par contre, elles seraient à réfuter dès lors qu'elles serviraient à limiter l'accès à des pratiques sophistiquées, moins fréquentes et partant plus chères.

La transparence que la réforme propose d'améliorer à plusieurs niveaux constitue un autre aspect positif du projet, à condition de ne pas tomber dans des travers de bureaucratie anéantissant l'objectif louable initial.

Enfin quant aux participations de l'assuré, il faut éviter que ces dernières puissent porter sur des éléments – p. ex. analyses de laboratoire – sur lesquels le patient n'a aucune influence.

c) *CGFP*

Le représentant de la CGFP souligne à titre préliminaire que la réforme s'inscrit dans notre système du conventionnement obligatoire et qu'elle doit avoir comme finalité d'assurer une médecine de haute qualité pour tous les assurés.

Les modifications structurelles proposées par le projet comportent de nombreuses pistes qui en principe sont à aviser positivement tout en donnant lieu à des remarques et questions ponctuelles.

Ainsi, si l'extension de la chirurgie ambulatoire au détriment de la chirurgie stationnaire correspond effectivement à une évolution générale au plan international, il faudra néanmoins assurer que les économies réalisées à ce titre puissent se faire en préservant intégralement la sécurité du patient et la meilleure qualité possible des soins.

Dans un même ordre d'idées, les filières de soins, auxquelles on pourrait à première vue reprocher de limiter le libre choix du patient, auront l'avantage que les patients puissent en tout état de cause bénéficier de soins de qualité dispensés par des prestataires capables d'assurer cette qualité de par la fréquence dans leur chef de la pratique de l'acte. Cette qualité devra faire l'objet d'évaluations continues et être certifiée.

A contrario, les filières de soins épargneront à l'avenir aux patients de subir des interventions pratiquées par des prestataires risquant de ne pas être à la hauteur de la complexité de l'acte, précisément par le fait d'une expérience insuffisante.

Quant à la révision de la nomenclature, la CGFP considère qu'elle peut constituer un élément positif et contribuer à la fois à la qualité des soins et à la réalisation d'économies.

*

En fin de réunion, il est procédé à un bref échange de vues au cours duquel les points suivants sont évoqués et précisés:

- le rôle étendu que le projet propose de conférer au Contrôle médical et le problème de la compétence liée de la CNS par rapport aux décisions du Contrôle médical: l'OGB-L et le LCGB en déduisent la nécessité de faire accompagner le Contrôle médical par un organe statuant sur l'orientation géné-

rale de son action, ceci pour contrebalancer le fait que les décisions du Contrôle médical en tant qu'administration étatique se répercutent sur un organisme non étatique – la CNS –, sans possibilité de recours de cette dernière.

La CGFP est plus réservée à cet égard en soulignant que le Contrôle médical fonctionne selon les principes d'une administration étatique, avec les garanties afférentes, sous la responsabilité administrative du Ministre. Doter le Contrôle médical, par exemple, d'un conseil d'administration aurait pour effet d'enlever en quelque sorte cette responsabilité au Ministre et modifierait la nature juridique du rôle à jouer par cette instance.

- le catalogue des mesures d'économies envisageables pouvant être soumis au Comité directeur de la CNS dans sa réunion du 10 novembre 2010;
- la restriction de l'admission à l'assurance continuée par l'introduction d'une condition de stage de 6 mois, cette restriction touchant en premier lieu des personnes se trouvant dans une situation sociale précaire;
- la nécessité de la prise en charge inconditionnée des personnes souffrant de pathologies de la dépendance (alcool, drogues) et les efforts à déployer pour s'attaquer aux raisons de ces pathologies, notamment dans l'entourage social des personnes concernées;
- les suppléments pour convenance personnelle, injustifiés et à abolir selon l'OGB-L, et la problématique des chambres de 1ère classe dans les hôpitaux, ne justifiant aucunement, selon l'OGB-L, une rémunération supplémentaire des prestations médicales y dispensées;
- la suppression générale du plafond cotisable, susceptible de générer un surplus de 180 mio d'euros, serait selon l'OGB-L et le LCGB la meilleure option pour équilibrer durablement la situation financière de la CNS, la CGFP s'opposant toutefois à une solution intermédiaire consistant par exemple à relever le plafond actuel de 5 fois le salaire social minimum à 7 fois le salaire social minimum.

*

Après les auditions organisées par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale, le dialogue a pu être renoué. La commission n'a pu que saluer la reprise des discussions et négociations, qui, sur base des observations, critiques et suggestions du Conseil d'Etat, ont permis de trouver des solutions aux principaux points de discordance. C'est ainsi que l'Association des médecins et médecins-dentistes a décidé de suspendre son action de „service réduit“.

Les accords et compromis trouvés entre les différentes parties ont été pris en compte lors de l'examen de l'avis du Conseil d'Etat et lors de l'élaboration des amendements parlementaires adoptés lors des réunions du 25 novembre 2010. Pour le détail de ces amendements et l'évolution des différents articles du présent projet de loi, il est renvoyé au commentaire des articles.

*

V. COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article 1er

Cet article regroupe sous 62 points les modifications que le projet apporte au Code de la sécurité sociale.

Point 1

Ce point modifie l'article 2, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale (ci-après „CSS“) ayant trait à l'assurance maladie-maternité continuée.

La commission constate que les modifications reflètent des propositions du comité-directeur du Centre commun de la sécurité sociale, dans le but de contrecarrer les problèmes liés au non-paiement des arriérés de cotisations dans le cadre de l'assurance volontaire.

Dans le système actuel, le délai pour faire une demande en admission à l'assurance maladie-maternité continuée est de six mois et donne directement droit aux prestations de soins de santé. La prise en charge directe implique que des prestations de soins de santé sont payées de manière considérable pendant six mois, sans que des cotisations y afférentes soient versées. Les cotisations devraient en principe être payées rétroactivement par l'assuré bénéficiaire d'une assurance maladie-maternité conti-

nuée. Toutefois, en cas de non-paiement des arriérés de cotisations, le Centre commun de la sécurité sociale ne procède pas à leur recouvrement forcé pour deux raisons. D'une part, le coût du recouvrement serait dans la plupart des cas disproportionné par rapport aux montants à recouvrer et d'autre part, le recouvrement par voie de saisie sur salaire serait illusoire, étant donné qu'il s'agit en général de personnes ne disposant pas de revenus professionnels.

Pour limiter les cas dans lesquels il y a prise en charge directe sans contrepartie financière de l'assuré, il est proposé de ramener le délai pour faire une demande en admission à l'assurance maladie-maternité continuée de six à trois mois. En fait, en cas de cessation de l'affiliation obligatoire, le droit aux prestations de soins de santé pour le mois en cours et les trois mois subséquents est maintenu, à condition toutefois d'avoir été affilié pendant une période de six mois précédant immédiatement la désaffiliation.

Il est donc prévu d'introduire une condition de stage de 6 mois d'affiliation obligatoire précédant immédiatement la désaffiliation pour l'admission à l'assurance maladie continuée. En même temps, la réduction du délai de 6 à 3 mois pour la demande en admission de l'assurance continuée doit s'accompagner d'une amélioration de l'information écrite des assurés désaffiliés.

Il est encore précisé que les personnes ne remplissant pas cette condition de stage, auront la possibilité de contracter une assurance maladie-maternité facultative laquelle n'ouvre toutefois droit aux prestations de soins de santé qu'après un délai de carence de trois mois.

Ce point trouve l'accord du Conseil d'Etat et la commission l'adopte dans la teneur du texte gouvernemental.

Point 2 – Article 8 CSS

L'article 8 ayant trait à l'objet général de l'assurance est modifié afin de tenir compte de la transition du système de financement direct des prestations de l'Etat en matière de l'assurance-maternité vers le système de financement général de l'assurance-maladie. En outre, un engagement plus appuyé de la CNS dans la médecine préventive est prévu.

La commission relève que le transfert de l'assurance-maternité dans le régime général de l'assurance-maladie résulte d'une décision politique figurant dans le programme gouvernemental et que les modifications prévues à l'article 8 sont des modifications techniques permettant ce transfert.

Elle souligne que jusqu'à présent, la maternité est le seul risque qui n'est toujours pas intégré dans la CNS et qui est entièrement pris en charge par le budget de l'Etat. Le financement actuel de l'Etat sera transféré vers l'assurance-maladie, et dans le budget de l'Etat de 2011 est prévue une dotation spécifique de l'Etat au montant de 20 millions d'euros, afin de compenser une augmentation éventuelle des dépenses liées aux prestations en espèces de la maternité.

Force est de constater que les dispenses de travail en cas de grossesse augmentent de manière considérable. Il semble que la grossesse est de plus en plus considérée comme une „maladie“ et qu'à partir du moment où l'état de grossesse est médicalement constaté, une dispense de travail est automatiquement accordée. Or, cette façon de procéder est contraire à la vocation initiale de la dispense de travail, qui consistait à protéger d'une part, la femme enceinte travaillant sur un poste à risques et ne pouvant pas être affectée à un autre poste de travail, et d'autre part, celle ayant une grossesse compliquée.

S'y ajoute que l'Etat respectivement le Ministère des Finances, qui procède à la liquidation du budget, n'est pas outillé à faire le suivi des dispenses de travail, tandis que la CNS dispose des moyens pour le faire en partenariat avec les services de la médecine du travail et les employeurs.

Pour ces raisons, il est proposé d'intégrer les prestations de maternité dans le régime général de l'assurance-maladie. L'objectif consiste à procéder avec la participation financière de l'Etat, à une adaptation des mécanismes d'attribution des dispenses de travail et de mettre une fois pour toute un terme au recours abusif et quasi systématique aux dispenses de travail en cas de maternité.

Au sujet de cette innovation importante de la réforme, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale fait valoir:

- que bien que le texte du projet de loi ne permette pas à lui-même de contrecarrer directement le recours aux dispenses de travail, devenu effectivement excessif au Luxembourg, la mise en place d'un cadre législatif contraignant ne s'impose pas. A noter qu'une telle démarche aurait nécessité une modification du Code du travail dans lequel figurent les dispositions en relation avec les dispenses du travail. La CNS, de part sa gestion (assumée par les partenaires sociaux) et son fonction-

nement (en partenariat avec les différents prestataires de soins), dispose de certains moyens, contrairement au Ministère des Finances, pour trouver, par le biais de négociations avec les partenaires sociaux, un accord sur les critères d'attribution de la dispense de travail;

- qu'en ce qui concerne le financement futur des programmes de mesures de médecine préventive soutenus par la CNS, il convient de noter que les programmes de l'Etat repris par la CNS, constituent des programmes communs, qui, jusqu'à présent, ont été financés en partie par l'Etat et en partie par la CNS, et que désormais, les programmes de mesures de médecine préventive soutenus par la CNS, seront financés par le budget de l'Etat. En pratique, le soutien de programmes ou de mesures de médecine préventive par la CNS se fera par le biais de négociations avec les différents partenaires concernés et le coût y afférent sera inscrit dans le budget de l'Etat respectif. Il est prévu que ces mesures seront financées par le biais d'économies réalisées par l'Etat, suite à une diminution des dépenses excessives dans certains domaines tel que le domaine pharmaceutique (des négociations sont en cours avec l'industrie pharmaceutique);
- que l'intégration de l'assurance-maternité dans l'assurance-maladie n'équivaut pas à un désengagement à terme de l'Etat, et ce pour trois raisons, à savoir:
 1. à un niveau international, il est exceptionnel voire unique que la maternité soit prise en charge à 100% par l'Etat;
 2. le financement actuel de l'Etat (160 millions) sera transféré entièrement à l'assurance-maladie;
 3. le changement envisagé se répercute dans une augmentation de la participation de l'Etat: une dotation spécifique de 20 millions est prévue dans le budget de l'Etat pour compenser l'augmentation éventuelle des dépenses liées aux prestations en espèces de la matière;
- que le transfert de l'assurance-maternité dans le régime général de l'assurance-maladie constitue une opération financière neutre pour la CNS;
- que la participation de l'Etat n'est pas diminuée de 100% à 40%, mais le montant actuel de 160 millions d'euros est transféré entièrement à la CNS. Dans la mesure où il s'avérerait qu'il ne s'agit pas d'une opération financièrement neutre pour la CNS, l'Etat prendrait en charge 40% des augmentations des dépenses liées aux prestations en espèces en la matière, garanties dans une phase transitoire, par la dotation spécifique de 20 millions d'euros. La CNS prendrait en charge 60% des augmentations des dépenses, répercutées sur les assurés et les employeurs. Toutefois, en cas de diminution des dépenses suite à une adaptation des mécanismes de demande et d'attribution des dispenses de travail (cas le plus favorable), la CNS ferait un bénéfice et la dotation spécifique ne serait plus due;
- que dans le futur, la CNS pourra toujours faire la ventilation entre les prestations relevant de la maternité et celles fournies en cas de maladie en différenciant suivant les pathologies;
- que dans un souci de transparence et dans l'objectif de contrecarrer le recours excessif aux dispenses de travail en maternité, l'inscription des codes sur les mémoires d'honoraires des médecins devra être faite avec plus de précision;
- que dans le cadre des demandes de dispenses de travail en matière de maternité, la définition de l'intervention future des services de la médecine du travail fera l'objet d'un projet à part, étant donné qu'elle implique des négociations entre partenaires sociaux, nécessitant une comparaison des conditions d'attribution inscrites dans le Code du travail, pour pouvoir déterminer les cas dans lesquels la dispense est à accorder.

Dans son avis du 23 novembre 2010, le Conseil d'Etat relève que, selon l'exposé des motifs les attributions d'acteur actif dans le développement de programmes de prévention de la Caisse nationale de santé sont renforcées. L'alinéa 2 de l'article 17 qui précise le rôle de la Caisse nationale de santé dans le domaine de la médecine préventive n'a cependant subi que des modifications mineures. Le Conseil d'Etat s'attend à ce que la Caisse nationale de santé joue un rôle plus actif dans la médecine préventive allant au-delà d'une simple participation à des mesures de prévention. Il propose de donner à ce point le libellé suivant:

„2° L'article 8 prend la teneur suivante:

„Art. 8. L'assurance a principalement pour objet, dans les limites fixées par la présente loi et les statuts:

- *le paiement d'une prestation en espèces sous forme d'indemnité pécuniaire de maladie ou d'indemnité pécuniaire de maternité;*

- *la prise en charge des soins de santé;*
- *l'organisation et la prise en charge de mesures de médecine préventive et la participation à celles-ci;*
- *le paiement d'une indemnité funéraire.* “ “

La commission adopte ce point dans la teneur proposée par le Conseil d'Etat, le troisième tiret exprimant le rôle plus actif de la CNS dans le domaine de la prévention.

Points 3 et 4 – Articles 10 et 12 CSS

Ces points modifient respectivement les articles 10 et 12 du CSS afin de tenir compte de l'introduction d'un taux unique de cotisation pour l'assurance maladie-maternité.

Pour les salariés (article 10) et les non-salariés (article 12), l'indemnité pécuniaire de maladie sera dorénavant calculée, non plus sur base de l'assiette cotisable, mais sur base du revenu professionnel.

Ces points ne donnent pas lieu à observations particulières ni du Conseil d'Etat, ni de la commission.

Point 5 – Article 17 CSS

Ce point modifie l'article 17 du CSS qui détermine les prestations de soins de santé prises en charge dans une mesure suffisante et appropriée par l'assurance maladie-maternité. D'une façon générale, on peut dire que les modifications proposées ont pour objet de moderniser la terminologie, notamment en l'adaptant à celle employée au plan européen.

– Point 3) de l'article 17 CSS

Ce point prévoit la prise en charge des traitements effectués par des professionnels de santé.

Quant à un éventuel remboursement des traitements en ostéopathie, la commission remarque que la condition préalable indispensable réside dans la reconnaissance de la profession d'ostéopathe comme profession de santé. Ce ne sera qu'à ce moment que la voie du remboursement s'ouvrira, c'est-à-dire qu'une convention pourra être conclue avec les professionnels en cause définissant la nomenclature de leurs actes et les taux de prise en charge. Il est rappelé que la question de la reconnaissance de la profession d'ostéopathe a été tenue en suspens en attendant les lignes directrices que l'OMS s'apprête à publier sur ce sujet.

A noter encore que pour la profession de podologue la reconnaissance est toute récente et assure désormais la prise en charge des actes professionnels en cause.

– Point 4) de l'article 17 CSS

Pour des raisons de mise en conformité avec la terminologie européenne, le projet initial proposait de remplacer l'expression „analyses et examens de laboratoire“ par „analyses médicales de biologie clinique“. Cette expression moderne est plus adaptée pour couvrir l'ensemble des prestations entrant en ligne de compte pour la prise en charge par la CNS.

Le Conseil d'Etat considère qu'afin de rester cohérent avec la terminologie utilisée dans la loi du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales, il convient d'utiliser les termes „analyses de biologie médicale“.

La commission se rallie à cette proposition.

La commission précise que cette expression ne couvre pas les examens en anatomie pathologique, particulièrement importants en cancérologie et aujourd'hui exclusivement effectués au laboratoire national de santé. L'intérêt de la santé publique – par exemple en vue de la mise en place d'un registre national des tumeurs – exige que cette spécialité continue à être pratiquée de façon centralisée dans le laboratoire public et non pas dans les laboratoires privés.

A cet effet, il est toutefois indispensable que cet établissement soit réformé pour retrouver l'efficacité qui lui fait actuellement défaut. La commission a été informée que le projet de loi afférent devrait être déposé avant la fin de l'année en cours.

– Point 5) de l'article 17 CSS

Ce point tient compte du recours de plus en plus prononcé et médicalement indiqué aux implants ostéo-intégrés en médecine dentaire. Actuellement le remboursement de ces prestations n'est pas pos-

sible, même pas par analogie, de sorte que le projet tend à introduire une ouverture légale sur ce point. Il est entendu qu'il appartiendra aux statuts d'en définir les modalités, notamment en se basant sur des études scientifiques en la matière.

Dans ce contexte, le Gouvernement a souligné la volonté politique d'étendre en médecine dentaire le remboursement, actuellement insuffisant, en matière de prothèses et „bridges“. Compte tenu des blocages existant sur ce point depuis des années au niveau de la CNS, la solution pourrait être d'imposer une nouvelle nomenclature par la voie réglementaire en tenant compte de l'évidence scientifique et des meilleures pratiques. Or le recours à la voie réglementaire a précisément fait l'objet de vives contestations dans le cadre des discussions sur le présent projet. En tout état de cause faudra-t-il trouver les moyens pour dépasser l'immobilisme actuel.

Est encore soulignée la nécessité d'adjoindre également des spécialistes en immunologie à la cellule d'experts appelés à étudier ce dossier.

– *Point 6) de l'article 17 CSS*

En ce qui concerne le remboursement des médicaments, il est rappelé que la condition d'ouverture au remboursement à remplir pour tout médicament est celle d'être inscrit sur la liste positive arrêtée sur base de la valeur thérapeutique qui doit être scientifiquement démontrée. L'inscription sur la liste positive se fait sur base de propositions du service compétent de la CNS en collaboration avec la division de la pharmacie de la direction de la santé et avec l'EMA. Cette procédure vaut également pour les médicaments homéopathiques.

– *Point 9) de l'article 17 CSS (ancien paragraphe 2)*

Le point 9 du texte gouvernemental prévoyait que sont pris en charge les frais de séjour à l'hôpital en cas d'accouchement et en cas d'hospitalisation d'une personne pour laquelle les soins en vue de sa guérison, de l'amélioration de son état de santé ou de l'atténuation de ses souffrances ne peuvent être dispensés en dehors du milieu hospitalier, ces critères pouvant être précisés par règlement grand-ducal.

Le Conseil d'Etat constate que suite à la nouvelle formulation du point 9 (ancien point 7 de l'article 17), les frais de séjour à l'hôpital en cas d'hospitalisation ne sont opposables qu'au cas où les soins en vue de la guérison du patient, de l'amélioration de son état de santé ou de l'atténuation de ses souffrances ne peuvent pas être dispensés en dehors du milieu hospitalier, ces critères pouvant être précisés par règlement grand-ducal.

Cette disposition remplace celle qui retient les frais d'entretien en cas d'hospitalisation sauf pour le cas de simple hébergement. Il y a donc une différence notable, étant donné que les frais d'hospitalisation risquent de ne plus être pris en charge lorsqu'il est envisageable que les soins dispensés auraient pu l'être en ambulatoire.

Le Conseil d'Etat relève que le commentaire des articles précise cependant qu'il s'agirait de „reprendre l'actuelle définition du simple hébergement“. Il semble donc que l'incitation à la prise en charge ambulatoire, notamment dans le domaine chirurgical, explicitement préconisée par le projet de loi, ne soit pas visée à cet endroit.

Aussi, le Conseil d'Etat propose-t-il de maintenir le libellé de la disposition actuelle ayant trait à l'hébergement dans l'article 17 et de ne pas supprimer l'alinéa 2.

Afin d'éviter une interprétation erronée du point 9) dans le contexte d'une prise en charge ambulatoire, la commission a introduit l'amendement parlementaire 1 tenant compte du raisonnement du Conseil d'Etat tout en maintenant les termes „les frais de séjour“ et en ajoutant le cas de l'accouchement.

La commission précise encore que la disposition facultative permettant de préciser les critères sus-visés par voie de règlement grand-ducal a été maintenue afin de pouvoir se donner les moyens, si le besoin se faisait jour, de contrecarrer la résurgence éventuelle d'une tendance des hôpitaux à améliorer le taux d'occupation de leurs lits par le biais de l'hospitalisation de cas de simple hébergement.

– *Point 13) de l'article 17 CSS*

Ce point prévoit la prise en charge des soins palliatifs suivant les modalités d'attribution précisées par règlement grand-ducal.

La commission a soulevé la question de savoir s'il n'y a pas lieu de mentionner dans cet article, au même titre que les soins palliatifs pris en charge, également les soins prodigués (consultations et emploi des substances euthanasiantes) en vue d'une euthanasie. Ceci pourrait se faire par exemple en faisant référence aux soins dispensés conformément aux deux lois de base portant respectivement sur les soins palliatifs et l'euthanasie.

La commission a été informée par les experts gouvernementaux que jusqu'à présent il a été considéré que l'ensemble des actes prestés en vue d'une euthanasie sont couverts au titre des points 1° à 12° de l'article 17 et ne nécessitent partant pas de nomenclature spécifique. En d'autres termes, même à législation constante la prise en charge de tous les actes pratiqués en vertu d'une euthanasie, en milieu hospitalier ou extrahospitalier, est assurée et n'a d'ailleurs donné lieu à aucun problème en pratique. Les actes d'euthanasie sont donc à considérer comme étant couverts par la nomenclature existante.

En revanche, pour les soins palliatifs il n'existe à ce jour pas encore de convention ou de nomenclature au sens des articles 61 et 65 du CSS de sorte qu'il est nécessaire de garantir leur prise en charge par le biais du point 13 suivant des modalités d'attribution à préciser par règlement grand-ducal.

Point 6 supprimé (article 19, alinéa 1 CSS)

Le point 6 du texte gouvernemental initial proposait de donner à l'article 19, alinéa 1 CSS la teneur suivante:

„Art. 19. *Les assurés sont libres de s'adresser aux prestataires de soins de leur choix et ce sans préjudice des centres de compétences et des filières de soins intégrées définis dans la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.*“

Comme ce point pouvait être interprété comme prévoyant une restriction au principe général du libre choix du prestataire dans le cadre des centres de compétences et des filières de soins intégrées visant une meilleure coordination et une meilleure allocation des ressources du secteur hospitalier, il a été supprimé par l'amendement gouvernemental No 1.

Comme le libre choix du médecin n'empêche pas la mise en place de centres de compétences à l'intérieur desquels le libre choix est conservé, comme il n'empêche pas de règles dérogatoires en matière d'urgence, le Conseil d'Etat peut donner son accord à cet amendement.

La commission à son tour constate que cet amendement gouvernemental rencontre ses propres réflexions.

Point 6 (ancien point 7) – Article 19, alinéa 3 CSS

Ce point remplace à l'endroit de l'article 19, alinéa 3, les termes „pathologies inhabituelles“ par ceux de „cas graves et exceptionnels“, justifiant le recours à des actes non repris dans la nomenclature.

Comme la prestation de cet acte ne doit pas toujours être liée à la gravité du cas traité, le Conseil d'Etat propose de supprimer le mot „graves“ dans l'expression précitée.

La commission reprend cette proposition du Conseil d'Etat.

Point 7 (ancien point 8) – article 19bis nouveau CSS

Cet article introduit la notion de médecin référent.

Cette innovation importante du projet a été au centre de réflexions approfondies à la fois de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale et du Conseil d'Etat (cf. sub considération générales).

Si la proposition de valoriser le rôle du médecin généraliste est favorablement accueillie, de nombreuses interventions ont toutefois tourné autour de la crainte de voir, du moins indirectement, compromise la liberté de choix du patient. La nécessité de clarifier le texte à cet égard était donc évidente, cette clarification devant enlever du texte tout élément qui pourrait nourrir l'idée d'une restriction du choix du patient.

L'amendement gouvernemental 2 a pour objet de clarifier le rôle du médecin référent, ceci en tenant compte notamment de soucis exprimés par l'organisation représentative des médecins et médecins-dentistes (AMMD). Conformément au point 4) du nouvel article 19bis, le médecin référent est donc investi de la mission de „superviser le parcours de l'assuré dans le système de soins de santé“ non pas, comme prévu dans le texte gouvernemental initial „afin d'éviter des doubles emplois, la surconsom-

mation ou les effets secondaires“, mais aux fins „d’informer le patient par rapport aux risques liés aux doubles emplois ...“.

L’amendement a donc comme finalité d’écarter toute interprétation du texte qui imposerait au médecin référent une mission de contrôle du patient avec une obligation de résultat en ce qui concerne le comportement du patient.

En même temps, selon l’amendement 2 au point 6) du même article, la mission d’information de conseil et d’orientation du médecin référent ne se rapporte plus au „parcours de soins coordonnés du patient mais „à son parcours de soins“. Il est donc ainsi précisé qu’il s’agit bien du parcours de soins individuel du patient. Tout élément de rigidité laissant penser à un parcours de soins prédéfini a donc été éliminé du texte.

Les amendements gouvernementaux répondent également aux considérations développées par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale au sujet de ce point et aux critiques formulées par l’AMMD à l’occasion de l’audition du 28 octobre 2010.

A l’alinéa 1er point 4 par l’amendement parlementaire 2, la commission propose toutefois de remplacer le terme „informer“ par l’expression plus ambitieuse „sensibiliser le patient“, afin de souligner l’importance de la fonction du médecin référent dans l’accompagnement du patient par rapport aux risques liés aux doubles emplois, à la surconsommation et aux effets secondaires.

L’amendement gouvernemental 3 proposant de remplacer la voie réglementaire pour la fixation des qualifications, des droits et des obligations du médecin référent par la voie conventionnelle (convention à conclure entre la CNS et l’AMMD) était à voir en relation avec l’amendement 31 prévoyant à l’article 15 (initialement article 13) une mise en vigueur différée du volet médecin référent au 1er janvier 2012.

Cet amendement tendait à renoncer à préciser par voie réglementaire les qualifications, droits et devoirs du médecin référent, et à confier ces dispositions au résultat d’une négociation réglant au niveau conventionnel les rapports entre la Caisse nationale de santé et une association représentative de prestataires de soins.

Dans son avis du 23 novembre 2010, le Conseil d’Etat rappelle que l’article 32(3) de la Constitution exige que dans les matières réservées à la loi par la Constitution, le Grand-Duc ne peut prendre des règlements et arrêtés qu’aux fins, dans les conditions et suivant les modalités spécifiées par la loi. La détermination des qualifications, droits et obligations du médecin référent par voie conventionnelle est dès lors exclue.

Le Conseil d’Etat s’oppose donc formellement à l’amendement gouvernemental 3.

Quant au texte prévu initialement à l’endroit du point 8 de l’article 1er du projet de loi, le Conseil d’Etat relève qu’en abandonnant à un règlement grand-ducal la détermination de droits et devoirs du médecin référent autres que ceux décrits dans cet article à l’endroit des missions, le texte ne suffit pas à l’exigence de l’article 32(3) de la Constitution.

Le Conseil d’Etat relève que la disposition en question omet d’habiliter le Grand-Duc à déterminer les modalités et conditions de désignation, de reconduction, de changement du médecin référent ainsi que de son remplacement en cas d’absence qui seraient fixées selon le point 34 de l’article 1er par voie conventionnelle. Le maintien de cette disposition sous sa forme initiale empêcherait donc également le Conseil d’Etat d’accorder la dispense du second vote constitutionnel.

Le Conseil d’Etat ajoute que si le législateur estimait qu’il est indispensable de déterminer des critères de qualification pour les médecins référents, il conviendrait d’en fixer les principes dans le texte de la loi même, eu égard aux exigences de l’article 11(6) de la Constitution et dans le respect des dispositions du droit communautaire relatives à la libre prestation de services.

Eu égard à ces observations, le Conseil d’Etat propose de modifier l’alinéa 2 de l’article 19bis qui se lira dès lors comme suit:

„Un règlement grand-ducal détermine les modalités de désignation, de reconduction et de changement du médecin référent ainsi que de son remplacement en cas d’absence.“

La commission reconnaît le bien-fondé des réflexions juridiques du Conseil d’Etat et partant reprend le texte précité.

Concernant les observations du Conseil d’Etat en rapport avec la densité démographique potentiellement insuffisante en médecins généralistes au Luxembourg, surtout par rapport aux nouvelles charges de travail liées à la fonction de médecin référent, la commission fait valoir:

- que la mise en place de la nouvelle fonction se fera dans un processus par étapes, par la voie statutaire et/ou conventionnelle, principalement dans le cadre de négociations entre la CNS et les prestataires,
- que l'introduction du médecin référent, outre de procurer au patient une plus-value dans son parcours médical, est précisément destinée à rendre la voie de formation menant à la profession de médecin généraliste plus attractive pour les étudiants en médecine.

A ce titre, l'introduction du médecin référent constituera donc un élément de promotion spécifique de la profession de médecin généraliste, promotion qui est également soutenue par une offre de formation spécialisée afférente à l'Université du Luxembourg.

La rémunération du médecin référent pour le suivi régulier du patient, à négocier au niveau de la CNS, s'ajoutera à celle des autres actes „ordinaires“ du médecin référent, pour lesquels il n'y aura par ailleurs aucune différenciation de tarifs entre le médecin généraliste assumant la fonction de médecin référent et celui y renonçant. Il n'y aura pas non plus de catégorisation de médecins dans la mesure où l'éligibilité à la fonction de médecin référent n'est pas limitée.

Point 8 (ancien point 9) – Article 21 CSS

Sans observation.

Point 9 (ancien point 10) – Article 22 CSS

Ce point remplace l'article 22 en reprenant les anciens alinéas 2 à 8 de l'article 22 et les anciens alinéas 5 et 6 de l'article 47 afin de regrouper toutes les dispositions relatives à la liste positive de médicaments.

Le texte prévu n'appelle pas d'observation de la part du Conseil d'Etat.

La commission l'adopte dans la teneur du projet gouvernemental.

Une proposition de rendre éligible à l'inscription sur la liste positive les médicaments homéopathiques en général et non pas seulement les médicaments homéopathiques unitaires – telle que prévue dans le texte gouvernemental – n'a pas été admise par la commission. La commission considère que cette question devrait faire l'objet d'un débat à part ne rentrant pas dans le cadre de la présente réforme.

Point 10° – Article 22bis nouveau CSS

Ce point insère dans le CSS un article 22bis nouveau introduisant un système de base de remboursement institué en vue de favoriser la délivrance des médicaments les moins chers appartenant à un même groupe comportant un principe actif principal qui n'est plus protégé par un brevet dans le pays de provenance.

Le Conseil d'Etat recommande fortement de spécifier les conditions d'équivalence en s'inspirant de la législation française et de remplacer l'alinéa 1 par le dispositif suivant:

„La Direction de la santé établit sur base de la classification scientifique internationale dénommée „Anatomical therapeutical chemical classification“ de l'Organisation mondiale de la santé une liste des groupes de médicaments, appelés groupes génériques, comportant un même principe actif principal qui n'est pas ou n'est plus protégé par un brevet dans le pays de provenance du médicament. Cette liste est mise à jour mensuellement et communiquée à la Caisse nationale de santé. Sur cette liste la Direction de la santé distingue les médicaments pour lesquels il peut y avoir substitution par un autre médicament du même groupe, sous condition qu'ils aient

- la même composition qualitative et quantitative en principe actif;
- la même forme pharmaceutique;
- une bioéquivalence démontrée par des études de biodisponibilité appropriées avec un médicament de référence faisant partie du groupe générique; ou, en l'absence de médicament de référence,
- un profil de sécurité et d'efficacité équivalent.“

Les alinéas 2 et 4 de cet article ont fait l'objet des amendements gouvernementaux 4 et 5 qui trouvent l'accord du Conseil d'Etat et de la commission.

L'alinéa 4 amendé prévoit que la liste des groupes de médicaments soumis à une base de remboursement est publiée au Mémorial. La publication du montant de toutes les bases de remboursement étant

trop volumineuse et soumise à des fluctuations importantes, l'amendement 5 en a supprimé la publication formelle au Mémorial. Cette publication sera de toute façon faite sur le site Internet de la Caisse nationale de santé.

Certaines critiques ont remis en question la possibilité d'assurer dans toutes les hypothèses la bioéquivalence entre les deux médicaments faisant l'objet d'une opération de substitution. L'absence d'une équivalence intégrale peut poser de graves problèmes, notamment au niveau des allergies pouvant être provoquées par des substances accessoires ou adjuvantes non clairement identifiées dans le médicament de substitution.

La commission souligne que le système de substitution proposé se distingue par son approche prudente et des conditions d'équivalence très rigoureuses. On ne saurait reprocher à la démarche proposée une ingérence dans le traitement thérapeutique.

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

Sous le bénéfice de ces observations, la commission adopte cet article dans la teneur gouvernementale amendée, sauf l'alinéa 1er qui est repris du Conseil d'Etat.

Point 11 (ancien point 10) – Article 22ter nouveau CSS

Dans la mesure où il est précisé qu'un règlement grand-ducal détermine les critères, les conditions et la procédure se rapportant à la fixation des prix des médicaments à usage humain, et que partant l'intervention du ministre compétent se limite à la prise de décision individuelle fixant le prix de chacun de ces médicaments, ce point, tout comme l'amendement gouvernemental 6 y relatif, trouvent l'accord du Conseil d'Etat.

La commission n'a pas d'observations particulières à formuler au sujet de ce point.

Point 12 (ancien point 13) – Article 23, alinéa 2

Sans observation.

Point 13 (ancien point 14) – Article 24 CSS

Ce point apporte certaines adaptations à l'énumération des actes, services et fournitures auxquelles s'applique le mode de la prise en charge directe par la Caisse nationale de santé.

Tel que prévu au programme gouvernemental, l'avant-dernier alinéa de cet article prévoit encore l'introduction du tiers payant social dispensant les assurés confrontés à des situations de détresse et de pauvreté considérable, de passer par le système de remboursement sur paiement préalable des prestations de soins de santé. La constatation de l'état d'indigence est faite par les offices sociaux tels que réformés par la loi du 18 décembre 2009 organisant l'aide sociale. Les modalités de la prise en charge directe sont fixées dans les statuts et dans les conventions respectives.

Afin de mieux informer et responsabiliser l'assuré un relevé périodique des prestations fournies dans le cadre du tiers payant lui est envoyé par la Caisse nationale de santé.

L'introduction du tiers payant social trouve l'accord du Conseil d'Etat et de la commission.

Le Conseil d'Etat constate que les termes „analyses et examens de laboratoire“ ont été remplacés par „analyses médicales de biologie clinique“ au point 1.

Afin de rester cohérent avec la terminologie utilisée dans la loi du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales, le Conseil d'Etat suggère, à l'instar de sa proposition relative au point 1, d'utiliser les termes „analyses de biologie médicale“.

La commission reprend cette proposition.

Par l'amendement parlementaire 3 la précision actuelle du CSS „à l'exception des honoraires médicaux“ a de nouveau été inséré dans l'article 24 CSS.

Point 14 (ancien point 15) – Article 26 CSS

Ce point abroge l'actuel article 26, étant donné que les soins d'une sage-femme, l'assistance médicale, le séjour dans une maternité ou clinique, les fournitures pharmaceutiques et produits diététiques pour nourrissons sont désormais inclus dans les prestations de soins de santé à charge de la Caisse nationale de santé.

Points 15 à 18 (anciens points 16 à 19) – Articles 28, alinéa 2, 29, 30, 31, alinéa 1 CSS

Ces points consacrent des adaptations techniques dans les articles correspondants du CSS, devenues nécessaires suite à l'intégration du financement des prestations de maternité dans le financement normal de la CNS.

La commission reproduit ci-après les explications afférentes fournies à ce sujet par le Conseil d'Etat, qui résumet les opérations techniques en question.

La notion de „cotisations“ se compose d'une part fixée par un taux de cotisation et de la participation de l'Etat. Suite à l'intégration des prestations de maternité dans le régime général de l'assurance maladie-maternité, il n'y aura plus de distinction au niveau du taux de cotisation entre les différentes prestations et gestions. Toutes les charges de l'assurance maladie-maternité, y compris la dotation à la réserve et le remboursement à la Mutualité, seront financées par cet unique taux de cotisation qui correspond globalement au niveau de celui pour soins de santé actuel. Ce taux est majoré de 0,5% du taux de cotisation pour les assurés qui ont droit à une prestation en espèce. La participation financière de l'Etat aux prestations de maternité ne s'effectuera plus par une prise en charge directe des frais, mais par le biais d'une participation aux cotisations. Cette intégration permet de simplifier les procédures administratives de la Caisse nationale de santé, car il n'y a plus de décompte des frais avec l'Etat à établir. En dehors de sa participation à raison de 100% au titre des prestations en espèces et en nature en cas de maternité, l'Etat intervient actuellement à raison de 37% au titre des soins de santé et à raison de 29,5% au titre de l'indemnité pécuniaire de maladie. Globalement, la participation de l'Etat au financement de l'assurance maladie-maternité s'élevait en 2009 à 41,2% alors que le nouvel article 31, alinéa 1 CSS fixe la participation de l'Etat à 40%. Au titre de l'article 12 du projet de loi (14 dans le texte amendé), l'Etat verse par ailleurs à titre transitoire un montant compensatoire de 20 millions d'euros par année.

Points 19 – 21 (Articles 32, 33 et 38)

Sans observation.

Points 21 et 22 (Articles 38 et 40 CSS supprimés)

Ces points suppriment les articles 38 et 40 suite à l'intégration du financement des prestations de maternité par l'assurance maladie-maternité.

Point 23 (ancien point 24) – Article 43, alinéas 1 et 2 CSS

Ce point qui remplace à l'endroit de l'article 43 l'expression „indemnité pécuniaire de maladie“ par celle de „prestations en espèce“ n'appelle pas d'observation de la part du Conseil d'Etat.

La commission le reprend tel que proposé par le texte gouvernemental.

Point 23 (ancien point 23) – Article 46, alinéa 4 CSS

Ce point adapte le libellé de l'article 46 suite à l'intégration du financement des prestations de maternité par l'assurance maladie-maternité.

Le texte ne donne pas lieu à des observations particulières.

Point 25 (ancien point 26) – Article 47 CSS

Ce point modifie l'article 47, qui, ensemble avec les articles 72, 72bis, 73 et 73bis, a trait aux litiges concernant le respect des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles auxquelles sont astreints les prestataires tombant sous le champ d'application du conventionnement obligatoire.

Actuellement le Code de la sécurité sociale attribue à la Commission de surveillance deux champs de compétence:

- 1) celui de l'article 72bis, c'est-à-dire trancher les recours administratifs internes en matières de tarifs et de tiers payant;

2) celui de l'article 73: un pouvoir d'investigation et de contrôle.

Selon le projet gouvernemental initial, il était prévu de réformer la Commission de surveillance en renforçant les mesures relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude. A cet effet, le projet proposait de lui conférer plus qu'un seul champ de compétence, celui de poursuivre toute inobservation des règles de la sécurité sociale aboutissant à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation par l'institution de sécurité sociale et de faire condamner l'auteur par la juridiction sociale.

Ainsi le projet proposait de transférer le premier champ de compétence actuel de la Commission de surveillance, à savoir celui de l'article 72bis actuel des décisions individuelles relatives aux tarifs et au tiers payant, dans la procédure administrative interne de l'article 47 et de l'article 51 du Code de la sécurité sociale: selon le projet initial les litiges individuels opposant soit un assuré soit un prestataire à la Caisse nationale de santé étaient censés faire l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué susceptible d'un recours de première et de deuxième instance devant les juridictions de sécurité sociale.

Le texte gouvernemental a fait l'objet de deux oppositions formelles du Conseil d'Etat. La première opposition vise la compétence attribuée au président de la CNS en matière d'amende d'ordre, alors que ce dernier ne saurait être à la fois partie et juge. Au titre de solution alternative, le Conseil d'Etat propose de confier cette mission au directeur de l'IGSS.

La deuxième opposition concerne les pouvoirs de contrôle et d'intervention que le projet initial proposait d'accorder au Contrôle médical de la Sécurité sociale à tous les niveaux, et plus particulièrement son droit d'inspection s'étendant aux lieux où exerce le prestataire concerné de la sécurité sociale. Le Conseil d'Etat considère ce pouvoir de contrôle comme disproportionné par rapport au but recherché et non conforme au droit de l'inviolabilité du domicile garanti par l'article 15 de la Constitution et l'article 8 de la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales.

Afin de tenir compte des réserves du Conseil d'Etat quant à l'utilité et au bien-fondé de la suppression de la voie de recours administrative interne pour les décisions individuelles en matière de tarifs, la commission propose un amendement ayant pour objet de revenir au texte actuel de l'article 47 du CSS, sauf à y opérer quelques redressements matériels. Le texte amendé prévoit une composition adaptée de la commission selon le litige à traiter et un renforcement des sanctions. Pour le reste, le champ de compétence de la Commission de surveillance est rétablie dans sa teneur actuelle. Les deux alinéas concernant les décisions relatives à l'inscription ou non des médicaments sur la liste positive étant transférés dans le projet de loi vers l'article 22 du CSS afin d'y regrouper toutes les dispositions relatives à la liste positive de médicaments, ne sont plus à reproduire dans l'article 47 du CSS. Les modifications ainsi apportées à l'article 47 CSS sont regroupées sous l'amendement parlementaire 4.

Point 26 (ancien point 27) – Article 48

Sans observation.

Point 27 supprimé (ancien point 28) – Article 51, alinéa 2 CSS

Dans la logique de l'amendement parlementaire 4, sub point 25 ci-dessus, le point 27 du projet de loi est supprimé par l'amendement parlementaire 5, de sorte que l'article 51, alinéa 2 CSS reprend sa teneur actuelle, à savoir:

„Tout litige au sujet d'un tarif en application des nomenclatures ou des conventions ou au sujet d'un dépassement des tarifs visés à l'article 66, alinéa 3 fait l'objet d'une décision du président du comité directeur ou de son délégué. Cette décision est notifiée à l'assuré et au prestataire de soins en cause. L'assuré ou le prestataire de soins peuvent porter le litige dans les quarante jours de la notification devant la Commission de surveillance prévue à l'article 72.“

Point 27 (ancien point 29) – Article 60 CSS

Sans observation.

Point 28 (ancien point 30) – Article 60bis nouveau

Ce point regroupe dans un nouvel article 60bis les dispositions de l'actuel article 21 déterminant les obligations de communication de toute donnée pertinente pour l'état de santé de l'assuré.

L'amendement gouvernemental 7 a limité les dispositions à fixer par la voie réglementaire à la communication des diagnostics, les prescriptions et les prestations. Les dispositions relatives à la transmission et la circulation de données d'informations sont maintenues au niveau conventionnel.

La commission se rallie au texte gouvernemental amendé.

Points 29 et 30 (anciens points 31 et 32) – Articles nouveaux 60ter et 60quater

Ces points concernent l'introduction du dossier de soins partagé ainsi que la mise en place de l'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé.

Compte tenu de critiques exprimées par les milieux intéressés et dans le débat public en général par rapport à cette importante innovation du projet de réforme et dans le souci d'en renforcer la plus-value pour le patient et son médecin traitant, le Gouvernement a une première fois adapté le texte initial par le biais des amendements gouvernementaux 8 et 9.

Par l'amendement gouvernemental 8, la liste des personnes ou organismes autorisés à accéder au dossier de soins partagé a été limitée au médecin référent, au médecin traitant et aux professionnels de santé impliqués dans la prise en charge et autorisés par le patient.

L'accès sur demande du Contrôle médical de la sécurité sociale et des officiers de police judiciaire de la Direction de la santé a été supprimé. Pour ces intervenants initialement prévus, cette autorisation n'est pas nécessaire, étant donné qu'ils possèdent par d'autres voies et dans des conditions bien déterminées un accès au dossier géré par le prestataire respectif et visé à l'article 60bis du CSS. Il est rappelé que les deux premiers alinéas du nouvel article 60bis reprennent les dispositions de l'article 21 actuel du CSS afin de regrouper les articles du CSS concernant la documentation et le dossier patient.

Dans cette version amendée, la direction d'un établissement hospitalier aurait gardé encore un accès limité et à des fins bien définies aux données liées aux traitements réalisés au sein de l'hôpital.

Par ailleurs, la précision que le patient dispose d'un droit d'accès à son dossier, figurant au commentaire des articles, a été formellement reprise dans le paragraphe 4 de l'article 60quater du CSS.

L'amendement gouvernemental 9 a conféré à l'ancien point 31 du projet de loi, à l'article 60quater, paragraphe 5 du Code de la sécurité sociale la teneur suivante:

„(5) L'Agence, la Direction de la santé, le Laboratoire national de santé, l'Inspection générale de la sécurité sociale et la Caisse nationale de la santé, échangent à l'aide de procédés automatisés ou non des informations rendues anonymes à des fins statistiques ou épidémiologiques. Les procédés automatisés se font moyennant interconnexion de données et sous garantie d'un accès sécurisé, limité et contrôlé.“

Cet amendement a tenu compte du fait que le Laboratoire national de santé (LNS) a entre autres comme mission de réaliser des études épidémiologiques dans tous les domaines de diagnostic dont il est chargé, que ce soit au niveau de la médecine humaine, de la médecine vétérinaire, de la médecine de l'environnement au sens large ou encore de la chaîne alimentaire. Afin de pouvoir assumer un travail de haute qualité au profit de la santé publique au Grand-Duché de Luxembourg, il sera indispensable que le LNS puisse avoir accès aux informations rendues anonymes à des fins statistiques ou épidémiologiques. L'article 60quater, paragraphe 5 du CSS est adapté en ce sens.

Le Conseil d'Etat se prononce en faveur de la création d'une Agence nationale qui ne devrait cependant pas se limiter à promouvoir l'interopérabilité et la sécurité dans la mise en place de systèmes d'information de santé, mais être chargée de leur déploiement. Ainsi, elle ne devrait pas seulement fournir un support à la convergence des systèmes d'information de santé, mais superviser activement cette convergence.

En ce qui concerne l'accès à ce dossier de soins partagés, il ressort bien de l'exposé des motifs qu'il n'est pas un dossier patient unique. Sous réserve d'opposition du patient à son activation, il s'agit plutôt d'une documentation de base partagée, fonctionnant suivant des standards communs reconnus et qui est interopérable avec les dossiers existants au niveau des secteurs hospitalier et extrahospitalier.

Le dossier de soins partagé ne se substitue pas à la documentation créée actuellement par les prestataires de soins qui continueront à gérer leur documentation dans leur dossier professionnel ou institutionnel.

Le Conseil d'Etat ne voit cependant pas la nécessité d'accorder l'accès au dossier de soins partagés à la direction d'un établissement hospitalier pour les données des patients traités en son sein, comme prévu dans l'article 60quater.

Le Conseil d'Etat a encore relevé l'importance de l'avis de la Commission nationale pour la protection des données (CNPd) sur le respect des règles de protection des données à caractère personnel relatives à la santé, régies par l'article 7 de la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel, (pas encore disponible au moment de la finalisation de son avis) et il a demandé à la Chambre de respecter les conditions éventuellement tracées dans cet avis.

L'avis de la CNPD a été communiqué à la Chambre des Députés le 24 novembre 2010. La commission nationale a émis un avis largement positif, ce qui n'est pas surprenant dans la mesure où elle a été ab initio associée à l'élaboration du projet et qu'elle continuera d'être impliquée dans la mise en œuvre du système.

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale s'est longuement penchée sur ce point particulièrement sensible de la réforme.

Compte tenu de l'avis du Conseil d'Etat et de celui de la Commission nationale de la protection des données, la commission, après un large échange de vues, adopte les amendements parlementaires 6 et 7 portant sur les points 29 et 30.

L'amendement 6 a pour objet de compléter à l'article 60ter les missions de l'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé par un point 5) dédié à la communication envers les patients et prestataires sur le fonctionnement du dossier de partage et de la plateforme, dont notamment les droits des utilisateurs et les mesures de sécurité mises en place.

En effet, tel que le fait ressortir l'avis de la CNPD, l'Agence a une responsabilité propre particulière. En tant que responsable du traitement, elle doit notamment respecter une obligation d'information vis-à-vis des personnes concernées (amendement 6).

Dans son avis complémentaire, le Conseil d'Etat propose de donner au point 5) introduit par l'amendement 6 la teneur suivante:

„5) l'information des patients et prestataires sur les modalités opérationnelles et les mesures de sécurité en rapport avec le dossier de soins partagé et la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé.“

La commission décide de reprendre ce texte.

Les modifications apportées par l'amendement parlementaire 7 se rapportent à l'article 60quater et se résument comme suit:

- 1) La première modification, inscrite au paragraphe (3), vise à souligner le caractère secret des informations partagées à des finalités précises, qui s'inscrivent dans le cadre de la relation entre le patient et le prestataire de soins de santé. La formulation proposée correspond à celle suggérée par la CNPD à la page 7 de son avis.

Le texte amendé traduit le souci de la CNPD de déterminer les différents niveaux d'accès non seulement par rapport aux différentes catégories de prestataires, mais également par rapport aux différentes catégories de données. Concrètement se trouve ainsi consacré le droit du patient de ne pas porter à la connaissance des prestataires autorisés certains groupes d'information qu'il considère comme particulièrement sensibles. Il est entendu que la mise en œuvre de cet accès conditionné requerra des solutions techniques sophistiquées, à la hauteur de la complexité du problème.

- 2) La suppression de l'accès des directions des établissements hospitaliers au paragraphe (3) répond à une observation formulée par le Conseil d'Etat.
- 3) Le paragraphe (4) est complété, afin de préciser que le patient dispose d'un droit d'information sur les accès et les personnes ayant accédé à son dossier de soins partagé.

La commission souligne qu'il s'agit en l'occurrence d'une garantie essentielle supplémentaire pour le patient, qui est susceptible de renforcer l'acceptation du système auprès du grand public. La loi assure ainsi au patient d'être informé sur les consultations successives de son dossier. En d'autres termes, la traçabilité des consultations du dossier traduit concrètement le droit d'information du patient sur l'identité des personnes ayant accédé à son dossier.

- 4) L'ajout au point 3) du paragraphe (6) permet une granularité des niveaux d'accès aux données de la plateforme tenant non seulement compte de la catégorie du prestataire, mais aussi de la sensibilité attachée par le patient à certaines données de santé (page 6 de l'avis de la CNPD).

5) Conformément à la recommandation formulée à la page 9 de l'avis de la CNPD, le nouveau point 3) vise à inscrire dans la loi l'exigence d'un niveau de sécurité particulièrement élevé de la plateforme. Les modalités et mesures de détail seront précisées par règlement grand-ducal pris sur avis de la CNPD.

Le paragraphe (2) de l'article 60ter CSS prévoit que la fonction de l'Agence „est confiée à un groupement d'intérêt économique, regroupant l'Etat, la Caisse nationale de santé et le Centre commun de la sécurité sociale, ainsi que des organismes représentatifs des prestataires des soins et des associations représentant l'intérêt des patients.“

En ce qui concerne l'expression „des associations représentant l'intérêt des patients“, la commission précise qu'il s'agit d'un terme générique ne visant pas concrètement une association déterminée, ceci en attendant que la future législation sur les droits des patients crée la base pour la constitution d'un ou de plusieurs organismes réellement représentatifs des intérêts des patients.

Dans son avis complémentaire, le Conseil d'Etat approuve quant au fond les modifications que les amendements 6 et 7 apportent au texte de loi et qui tiennent compte des recommandations que la Commission nationale pour la protection des données a formulées dans son avis du 24 novembre 2010.

En ce qui concerne la formulation des missions de l'Agence, la Commission propose de reprendre le texte tel que reformulé par le Conseil d'Etat au point 2) du paragraphe 1er de l'article 60ter, ainsi libellé:

„2) la promotion de l'interopérabilité et de la sécurité dans la mise en place de systèmes d'information de santé, moyennant:

- la production et la promotion de référentiels contribuant à l'interopérabilité et à la sécurité des systèmes d'information de santé;
- la mise en œuvre d'une convergence des systèmes d'information de santé grâce à l'implémentation des référentiels d'interopérabilité;
- la veille des normes et standards pour les systèmes d'information en santé;
- la collaboration avec les organisations internationales en charge de la standardisation dans le domaine des systèmes d'information de santé.“

Par ailleurs, pour donner plein effet aux recommandations de la Commission nationale pour la protection des données, et afin de respecter l'obligation découlant de l'article 4 de la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement de données à caractère personnel, le Conseil d'Etat exige sous peine d'opposition formelle de compléter l'article 60ter par un paragraphe 4 nouveau libellé comme suit:

„(4) L'Agence constitue le responsable du traitement des données à caractère personnel au sens de l'article 4 de la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement de données à caractère personnel.“

La commission se rallie à ce texte.

Enfin, la commission décide de reprendre l'ensemble des modifications ponctuelles formulées par le Conseil d'Etat à l'endroit de l'article 60quater, à l'exception de sa proposition visant la suppression de la communication des résultats des examens d'analyses de biologie médicale et d'imagerie médicale au point 2 du paragraphe 2.

Point 31 (ancien point 33) – Article 61, alinéa 2, point 3) CSS

Sans observation.

Point 32 (ancien point 34) – Article 61, alinéa 2, point 12) CSS

Ce point a été introduit par l'amendement gouvernemental 10.

Le centre d'accueil pour personnes en fin de vie étant intégré dans le plan hospitalier et de ce fait financé par la voie du budget hospitalier, il y a lieu de supprimer le bout de phrase „ainsi que les centres d'accueil pour les personnes en fin de vie, dûment agréés par le ministre ayant la Famille dans ses attributions“ à l'article 61 du CSS relatif aux relations avec le secteur extra hospitalier.

Cet amendement gouvernemental ne donne pas lieu à observation du Conseil d'Etat.

La commission unanime l'adopte tel que présenté par le Gouvernement.

Point 33 (ancien point 34) – Article 64 CSS

Le point 34 apporte à l'endroit de l'article 64 des modifications aux modalités du conventionnement obligatoire qui est une particularité du système de santé luxembourgeois.

Ce point a fait l'objet des amendements parlementaires 12 à 14 ayant pour objet de renoncer à différents endroits aux modifications proposées et de revenir au texte actuel du CSS.

La protection de la santé des personnes affiliées obligatoirement au régime légal d'assurance maladie-maternité est réglée par un conventionnement des prestataires de soins qui est également obligatoire et général.

Ce point fait l'objet de réflexions très approfondies du Conseil d'Etat sur le fondement même de ce système. Ainsi le Conseil d'Etat souligne que, par le biais de ce système de protection sociale, l'Etat s'interpose donc dans la relation entre patient et prestataire de soins et détermine les modalités de cette relation. Dans le domaine de la protection de la santé, une telle ingérence n'est défendable que si elle reste justifiée, c'est-à-dire pour autant qu'elle assure le libre accès à des soins de qualité, et évite l'introduction d'une médecine à deux vitesses au Luxembourg en garantissant l'égalité de traitement indépendamment des ressources propres et de la situation sociale de l'assuré. Le système du conventionnement obligatoire, automatique et général impose des contraintes strictes au libre exercice des activités des médecins et médecins-dentistes, tout comme il les fait bénéficier implicitement de certains avantages.

Le Conseil d'Etat ajoute que les restrictions établies par la loi et ayant pour but de régler la protection de la santé doivent rester proportionnées et ne pas aller au-delà de ce qui est nécessaire pour atteindre cet objectif. L'objectif de maintenir un service médical de qualité, équilibré et accessible à tous et celui de prévenir un risque d'atteinte grave à l'équilibre financier du système de sécurité sociale constituent, selon le Conseil d'Etat, des raisons impérieuses d'intérêt général qui justifient une restriction à la liberté d'exercice de la profession libérale.

Aux yeux du Conseil d'Etat, le système du conventionnement obligatoire serait plus solidement ancré si la loi prévoyait une disposition selon laquelle les conventions conclues pour régler les rapports entre la Caisse nationale de santé et les associations représentatives des prestataires étaient rendues d'obligation générale par le biais de règlements grand-ducaux.

La commission considère que cette proposition du Conseil d'Etat mérite un examen plus approfondi, principalement par rapport aux conséquences sur l'ordre juridique interne. La déclaration d'obligation générale par règlement grand-ducal ferait acquérir à la convention elle-même un caractère réglementaire. Par conséquent, cette façon de procéder modifierait substantiellement la nature juridique de la convention en tant qu'instrument de base déterminant les rapports entre la CNS et les prestataires.

La commission charge le Gouvernement d'étudier cette question et d'y revenir en temps utile.

*

Le Conseil d'Etat passe ensuite à l'analyse détaillée des différentes matières réglées obligatoirement dans la convention en général et dans celle avec les médecins et médecins-dentistes en particulier.

Un premier point critiqué par le Conseil d'Etat concerne le point 4) relatif aux „bonnes pratiques médicales opposables“. Il est d'avis que les caractéristiques et la portée de cette notion restent trop floues dans le texte de loi.

La commission se rallie à la proposition de considérer les bonnes pratiques comme recommandations, non opposables, à rapprocher des RPC françaises (recommandations de pratique cliniques).

Les RPC sont définies comme „des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données“. L'objectif est d'informer les professionnels de santé et les patients et usagers du système de santé sur l'état de l'art et les données acquises de la science afin d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins. Les RPC ne sont pas opposables.

La mise en place de recommandations de bonnes pratiques devra influencer la pratique médicale: le médecin devra être dans l'obligation de les connaître, et l'acquisition de ces connaissances contrôlée dans le cadre de la formation médicale continue. Le médecin doit pouvoir s'en écarter, motivé par des circonstances particulières, et être en mesure de justifier et légitimer leur inapplication.

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale partage les réflexions circonstanciées menées par le Conseil d'Etat sur cette question et reprend donc les propositions de texte afférentes du Conseil d'Etat concernant les points 4 et 5.

Le point 7 introduit un seuil minimal de prescription de médicaments pour lesquels une base de remboursement a été fixée.

Le Conseil d'Etat ne peut pas adhérer au concept d'un seuil de prescription dont la violation serait recherchée par la Commission de surveillance. Il considère cette démarche comme étant disproportionnée au but recherché et risquant fortement d'influencer négativement la qualité de la prise en charge des patients en limitant explicitement le volume de médicaments sans base de remboursement qu'un médecin est autorisé à prescrire, indépendamment du profil des pathologies de ses patients.

Le Conseil d'Etat insiste donc sur la suppression du point 7.

La commission reprend cette proposition du Conseil d'Etat.

Eu égard aux observations faites par le Conseil d'Etat à l'endroit du point 8 de l'article 1er du projet de loi, la formulation telle que proposée à l'endroit du point 9 de l'article 64 du Code de la sécurité sociale est à supprimer sous peine d'opposition formelle et à remplacer par le texte suivant:

„9) les rapports avec le médecin référent“.

La commission se rallie à ce texte.

Point 34 (ancien point 35) – Article 65 CSS

Ce point modifie l'article 65 qui détermine les nomenclatures et les modalités de leur établissement.

Le Conseil d'Etat constate que les modalités d'établissement de la nomenclature actuelle des médecins n'ont pas su empêcher une distorsion importante entre les différentes spécialités et qu'une réforme de ces modalités s'impose. Il approuve le fait que la durée, la compétence technique et l'effort intellectuel requis pour dispenser un acte professionnel sont pris en compte.

Il propose de donner à la dernière phrase de l'alinéa 2 de l'article 65 CSS le libellé suivant:

„Le coefficient est un nombre exprimant la valeur relative de chaque acte professionnel inscrit dans chacune des nomenclatures visées au présent alinéa tenant compte obligatoirement de la durée, de la compétence technique et de l'effort intellectuel requis pour dispenser cet acte professionnel.“

La commission reprend ce texte, à l'exception du terme „obligatoirement“ qui est supprimé dans le cadre de l'amendement parlementaire 8.

L'alinéa 3 qui prévoit de détailler dans la nomenclature des médecins les spécialités requises tout comme les normes de compétences spécifiques et les expériences professionnelles et qui évite par conséquent que tout médecin puisse effectuer tout acte trouve l'accord du Conseil d'Etat. Comme les prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, point 1 sont les médecins, le Conseil d'Etat estime qu'il y a lieu de les nommer directement dans la première phrase de cet alinéa.

La commission se rallie à cette proposition. Toutefois la référence aux filières de soins intégrées ou planifiées est supprimée du texte par l'amendement parlementaire 24 (voir sub article 2).

L'alinéa 8 concerne la nouvelle composition de la Commission de nomenclature. Suite aux négociations avec les différents groupements et organismes intéressés, la commission propose une nouvelle composition, toujours dans le cadre de l'amendement 8. Cette composition sera la suivante:

- „1) deux membres dont le président, désignés par arrêté conjoint des ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale et la Santé; un membre doit avoir la qualité de médecin;*
- 2) deux membres désignés par le comité directeur de la Caisse nationale de santé;*
- 3) deux membres désignés par le ou les groupements signataires de la convention pour les médecins;*
- 4) en fonction de la nomenclature en cause, deux membres désignés par le ou les groupements signataires de la convention concernée.“*

Par ailleurs au lieu du membre désigné par l'EHL, la commission propose de prévoir une composition spécifique pour les délibérations de la Commission de nomenclature portant sur des actes et

services dispensés en milieu hospitalier, ceci en faisant suivre la composition précitée de l'alinéa suivant:

„Lorsque la Commission de nomenclature est amenée à statuer en matière d'actes et services relevant de la nomenclature des médecins et dispensés en milieu hospitalier, la composition de la Commission de nomenclature est complétée par deux membres devant avoir la qualité de médecin et désignés respectivement par arrêté conjoint des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale et par le groupement représentatif des hôpitaux.“

La commission souligne que la composition amendée de cet important organisme de la Sécurité sociale continue de respecter les équilibres réadaptés que le projet initial entendait y apporter.

Dans son avis complémentaire, le Conseil d'Etat souligne qu'il approuve le fait que la Commission de nomenclature pourra comporter désormais un membre désigné par le groupement représentatif des hôpitaux. Il a estimé que cette modification se justifie lorsque ce groupement représente des hôpitaux occupant des médecins salariés ou d'autres employés dont les honoraires sont déterminés par une nomenclature visée par l'article sous revue.

Dans le même ordre d'idées, le Conseil d'Etat estime qu'il faudra qu'un membre représentant le groupement représentatif des hôpitaux fasse partie de la Commission de nomenclature lorsque celle-ci est saisie d'un sujet concernant la nomenclature des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique, étant donné que selon l'article 74 du CSS, „les actes et prestations dispensés par un laboratoire hospitalier en milieu extrahospitalier et figurant dans la nomenclature des actes et des services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique sont pris en charge suivant les modalités régissant le milieu extrahospitalier“ et que les hôpitaux sont donc désormais directement concernés par l'application de cette nomenclature.

Par conséquent, le Conseil d'Etat propose de reformuler l'alinéa 9 de l'article 65 du CSS comme suit:

„Lorsque la Commission de nomenclature est amenée à statuer en matière d'actes et services relevant de la nomenclature des médecins et dispensés en milieu hospitalier ou de la nomenclature des laboratoires d'analyses de biologie médicale, la composition de la Commission de nomenclature est complétée par deux membres devant avoir la qualité de médecin et désignés respectivement par arrêté conjoint des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale et par le groupement représentatif des hôpitaux.“

La commission se rallie à cette proposition de texte du Conseil d'Etat.

Le dernier volet de l'amendement parlementaire 9 consiste à reprendre à l'antépénultième alinéa de l'article 65 CSS la disposition relative à la neutralisation liée à la modification du coefficient d'un acte. Il s'agit d'un mécanisme régulateur de compensation communément qualifié du „principe du vase communicant“. A noter toutefois que cette compensation ne joue pas pour l'opération unique de participation des prestataires aux efforts d'économies, participation qui est nette et donc non récupérable.

Finalement, il convient de mentionner l'amendement gouvernemental 15 qui a précisé que la Commission de nomenclature est assistée dans l'accomplissement de ses missions par la cellule d'expertise médicale, à laquelle elle demande des avis des affaires dont elle est saisie.

Point 35 (ancien point 36) – Article 65bis CSS

L'article 65bis introduit la nouvelle cellule d'expertise médicale.

Le Conseil d'Etat considère que les rapports entre la Cellule d'expertise médicale et le Conseil scientifique doivent être spécifiés, tout comme leurs rôles respectifs dans l'élaboration des bonnes pratiques médicales.

Suite à un échange de vues et compte tenu de la prise de position des experts gouvernementaux, la commission adopte une version amendée (amendement parlementaire 9) de cet article, tenant compte des critiques du Conseil d'Etat:

- Le paragraphe 1er concerne la Cellule d'expertise médicale et le paragraphe 2 le Conseil scientifique du domaine de la santé.
- Les standards de bonne pratique médicale sont définis au paragraphe 2, alinéa 2, comme étant des recommandations développées selon une méthode explicite pour aider le médecin et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données. L'objectif de tels

standards de bonnes pratiques médicales est d'informer les professionnels de santé, les patients et les usagers du système de santé sur l'état de l'art et les données acquises de la science afin d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins.

- Le paragraphe 2, alinéa 3 nouveau, précise les modalités de la collaboration entre la Cellule d'expertise médicale et le Conseil scientifique.

Point 36 (ancien point 37) – Article 66 CSS

Ce point modifie l'article 66 qui a trait aux valeurs des lettres-clés des nomenclatures des prestataires de soins visés à l'article 61.

Par le biais de l'amendement gouvernemental 16, il a été renoncé à la désindexation des tarifs pour location d'appareils qui aurait mené à une lettre-clé à part pour ce type d'actes.

Le Conseil d'Etat approuve le projet gouvernemental en ce qu'il ne limite plus les modalités du dépassement, à charge des assurés, des tarifs fixés par les nomenclatures pour convenances personnelles de la personne protégée admise à l'hospitalisation en première classe.

La commission souligne que la suppression de la référence explicite à la 1ère classe dans le projet de loi n'abolira pas automatiquement la validité de la disposition conventionnelle actuellement en vigueur. L'approche choisie devrait ouvrir à terme la voie à une négociation pour la mise en place d'une réglementation plus transparente et logique sur les trois types de dépassements demandés par l'AMMD, à savoir les suppléments d'honoraires, les convenances personnelles et les prestations complémentaires.

La commission adopte ce point dans la teneur gouvernementale amendée.

Ancien point 38 supprimé (Article 67 CSS)

Ce point est supprimé par l'amendement parlementaire 10 de sorte qu'à l'article 67 CSS le terme actuel „revalorisation“ est rétabli et non pas remplacé par celui de „adaptation“.

Points 37 et 38 (anciens points 39 et 40) – Articles 69 et 70 CSS

Ces points apportent des modifications à la procédure de médiation et distinguent les situations avec absence d'accord sur l'adaptation de la lettre-clé conformément à l'article 67 de celles avec absence d'accord sur l'élaboration ou l'adaptation d'une convention ou sur les dispositions obligatoires de la convention visées à l'article 64 et à l'article 66, alinéa 3.

Au commentaire des articles, il est précisé qu'en matière de litiges au niveau conventionnel, le Conseil supérieur de la sécurité sociale ne peut pas rendre une sentence arbitrale qui n'est susceptible d'aucune voie de recours, étant donné qu'il serait alors appelé à fixer une disposition conventionnelle et à statuer en matière de litige conventionnel.

Le Conseil d'Etat partage cette analyse.

Cependant, le Conseil d'Etat constate que l'amendement gouvernemental 17 prévoyait précisément que l'échec de la médiation dans les deux cas de figure fait intervenir le Conseil supérieur de la sécurité sociale qui rend une sentence arbitrale qui n'est susceptible d'aucune voie de recours. Le Conseil d'Etat s'oppose formellement à la fois à cette façon de procéder, alors que le Conseil supérieur de la sécurité sociale serait appelé à fixer une disposition conventionnelle et à statuer en matière de litige conventionnel.

Le Conseil d'Etat estime qu'en cas d'échec de la médiation, les dispositions obligatoires de la convention devront être établies par voie de règlement grand-ducal.

Il propose donc de maintenir la teneur initiale du point 40 et de donner à l'alinéa 2 du paragraphe 2 le libellé suivant:

„Les dispositions obligatoires de la convention sont alors fixées par voie de règlement grand-ducal.“

Il s'ensuit qu'au point 40 l'article 70 CSS aura la teneur suivante:

„40° L'article 70 prend la teneur suivante:

„Art. 70. (1) Lorsque la médiation déclenchée en vertu de l'article 69, alinéa 1, n'aboutit pas à un accord sur l'adaptation de la lettre-clé, le médiateur dresse un procès-verbal de non-conciliation qu'il transmet au Conseil supérieur de la sécurité sociale.“

Le Conseil supérieur de la sécurité sociale rend une sentence arbitrale qui n'est susceptible d'aucune voie de recours. Elle doit être prononcée avant l'expiration de l'ancienne convention.

(2) Lorsque la médiation déclenchée en vertu de l'article 69, alinéa 2 n'aboutit pas, dans un délai de trois mois à partir de la nomination d'un médiateur, à une convention ou à un accord sur les dispositions conventionnelles obligatoires, le médiateur dresse un procès-verbal de non-conciliation qu'il transmet au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Les dispositions obligatoires de la convention sont alors fixées par voie de règlement grand-ducal.

(3) Les conventions et les sentences arbitrales s'appliquent à l'ensemble des prestataires dans leurs relations avec les personnes couvertes par l'assurance maladie-maternité. Elles sont applicables non seulement aux prestataires exerçant pour leur propre compte, mais également aux médecins et médecins-dentistes exerçant sous tout autre régime ainsi qu'aux autres prestataires exerçant dans le secteur extrahospitalier sous le régime du contrat de travail ou d'entreprise.“ “

Point 39 (ancien article 41) – Article 71 CSS

Ce point abroge les dispositions de l'article 71 qui deviennent l'alinéa 3 de l'article 70 nouveau.

Points 40 à 43 (Anciens points 42 à 45) – Articles 72, 72bis, 73 et 73bis du CSS

Compte tenu de la décision de principe prise au point 25 (article 47 CSS) au sujet de la Commission de surveillance, la commission, après avoir entendu les explications détaillées des experts gouvernementaux et aux fins de tenir compte des observations du Conseil d'Etat, décide d'amender comme suit les articles susvisés du CSS:

- L'article 72 actuel du CSS est repris afin de déterminer la composition de la Commission de surveillance. Les modifications créant le poste de vice-président et celles relatives à la mise en place d'un mécanisme de désignation des quatre délégués sur base d'une liste établie par la Caisse nationale de santé et par les prestataires respectifs, détaillées dans le projet de loi, sont insérées dans l'article 72 du CSS (amendement parlementaire 11).
- L'article 72bis du CSS est rétabli dans sa teneur actuelle afin de maintenir le champ de compétence de la voie de recours administratif interne pour les décisions individuelles, sauf à y apporter une adaptation de renvoi suite à la réforme de l'assurance accident (amendement parlementaire 12).
- Le droit d'inspection du directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale est supprimé. La disposition relative à la transaction est reformulée afin de faire clairement ressortir qu'elle peut seulement porter sur la réparation du préjudice économique. L'énumération détaillée des faits susceptibles de faire l'objet d'une instruction devant la Commission de surveillance est maintenue (article 73 CSS – amendement parlementaire 13).
- Le cumul des sanctions administratives et pénales pour les mêmes faits est supprimé. De même, la condamnation solidaire est supprimée. Les sanctions administratives sont celles du projet de loi: une amende d'ordre plus significative que celle de l'article 73 actuel, la restitution du montant fraudé à titre de réparation, la soumission limitée au tiers payant et la limitation du nombre des actes, figurant déjà actuellement à l'article 73 du CSS. Par ailleurs, conformément aux observations du Conseil d'Etat la publication du jugement du Conseil arbitral est supprimée et le terme „jugement“ remplace celui de „décision“. (Article 73bis CSS – amendement parlementaire 14)

Point 44 (ancien point 46) – Article 74 CSS

Ce point introduit à l'endroit de l'article 74 le principe d'une enveloppe budgétaire globale pour le secteur hospitalier et prévoit que le Gouvernement fixe dans les années paires, au 1er octobre au plus tard, une enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier pour les deux exercices à venir. La première enveloppe budgétaire globale sera donc fixée avant le 1er octobre 2012 pour les exercices 2013 et 2014. En tenant compte de l'enveloppe budgétaire globale, la Caisse nationale de santé prend en charge les prestations du secteur hospitalier d'après des budgets arrêtés séparément pour chaque hôpital sur base de son activité prévisible pour deux exercices à venir.

Cette innovation fait l'objet d'observations critiques du Conseil d'Etat qui craint que la recherche d'efficacité et de synergies ne se fasse aux dépens d'innovations indispensables pour maintenir le progrès médical. En effet, il ne reconnaît dans les dispositions sous avis aucune mesure qui stimulerait le financement d'activités innovatrices ou de nouveaux traitements par un budget spécifique.

Le Conseil d'Etat critique encore le manque de stratégie encourageant par le biais d'incitants financiers la recherche d'économies dans les hôpitaux.

Pour tenir compte de ces appréhensions du Conseil d'Etat, la commission propose un amendement à la disposition transitoire figurant à l'article 6, précisant que la progression annuelle de 3% pour les budgets 2011 et 2012 de la CNS est une progression indiciaire tenant compte de l'évolution du coût de la vie.

Le Conseil d'Etat est encore d'avis qu'il y a lieu de tenir compte lors de l'établissement des enveloppes budgétaires globales et individuelles des dépenses spécifiques en rapport avec les services nationaux, les centres de compétences et les obligations en rapport avec la participation au service médical d'urgence. C'est pourquoi le libellé suivant est à donner à l'alinéa 2 de l'article 76:

„Les éléments de l'enveloppe sont établis sur base de l'évolution démographique de la population résidente, de la morbidité, des pratiques d'une médecine basée sur des preuves scientifiques et en tenant compte de la croissance économique du pays. L'enveloppe budgétaire globale et les budgets spécifiques des hôpitaux tiendront compte des dispositions du plan hospitalier, des spécificités des services spécialisés et nationaux et des centres de compétences, ainsi que des obligations découlant de la participation au service médical d'urgence.

Un règlement grand-ducal précise les règles d'établissement de l'enveloppe budgétaire globale et des budgets spécifiques des hôpitaux, ainsi que les éléments à inclure de façon forfaitaire.

La commission reprend ce texte.

Le Conseil d'Etat note que le projet compte sortir de l'enveloppe budgétaire d'un hôpital les actes et prestations dispensés par son laboratoire en milieu extra-hospitalier et figurant dans la nomenclature des actes et des services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique, qui seront pris en charge suivant les modalités régissant le milieu extra-hospitalier. Pour le Conseil d'Etat, il est essentiel de définir quels sont les actes et prestations qui tomberont sous cette catégorie. Ainsi, les actes et prestations liés directement à une prise en charge médicale dans l'hôpital ne sont pas à considérer comme actes extra-hospitaliers.

Le Conseil d'Etat propose donc de compléter l'alinéa 7 de l'article 74 *in fine* par la phrase suivante:

„Un acte ou une prestation sont considérés comme effectués en milieu extra-hospitalier s'ils sont dispensés au bénéfice d'un patient ambulatoire sans qu'un lien direct existe avec une prise en charge médicale concomitante en polyclinique ou sur un plateau médico-technique de l'établissement hospitalier en question.

La commission reprend cette proposition de texte.

Point 45 (ancien point 47) – Article 77 CSS

Ce point adapte le calendrier à respecter par l'Inspection générale de la sécurité sociale, les établissements hospitaliers et la Caisse nationale de santé en rapport avec l'établissement des budgets hospitaliers.

Point 46 (ancien point 48) – Article 78 CSS

Ce point qui différencie à l'endroit de l'article 78 les mécanismes de prise en charge des frais variables par voie directe ou par forfait ne donne pas lieu à observations particulières.

Point 47 (ancien point 49) – Article 79, alinéa 3 CSS

Cette modification de l'article 79 qui impose des limites plus strictes de clôture de décomptes trouve l'accord du Conseil d'Etat.

Point 48 (ancien point 50) – Article 84, alinéa 4 CSS

En vue d'éviter toute insécurité juridique, l'article 84 CSS est modifié afin de soumettre le remboursement des charges salariales par la mutualité des employeurs à la prescription triennale.

Points 49 à 52 (anciens points 52 à 55) – Articles 150; 172, alinéa 1, point 7; 240, alinéa 1, points 1 et 2 et 249 CSS

Sans observation.

Ancien point 51 supprimé (article 146, alinéa 2 CSS)

Afin de tenir compte des observations du Conseil d'Etat quant à la Commission de surveillance, le point 51 initial est supprimé par l'amendement 15 parlementaire de sorte que l'article 146, alinéa 2 du CSS est rétabli dans sa teneur actuelle, à savoir:

„Tout litige opposant un prestataire de soins à l'Association d'assurance accident dans le cadre de la prise en charge directe prévue à l'article 98 fait l'objet d'une décision du président ou de son délégué. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par le prestataire dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par la Commission de surveillance prévue à l'article 72, ou, s'il s'agit d'un hôpital, par la Commission des budgets hospitaliers prévue à l'article 77.“

Point 53 (ancien point 56) – Article 306, paragraphe 6 CSS

Etant donné que l'indemnité de congé parental est à suspendre dans tous les cas de paiement d'une indemnité pécuniaire de maternité, l'article 306, paragraphe 6 est modifié en renvoyant à l'article 25 du Code de la sécurité sociale.

Ce point ne donne pas lieu à observations particulières.

Point 54 (ancien point 57) – Article 349, alinéa 2 CSS

Ce point procède à la correction d'une erreur matérielle et n'appelle pas d'observations particulières.

Point 55 (ancien point 58) – Article 349, alinéa 4 CSS

Sans observation.

Point 56 (ancien point 58) – Article 350, paragraphe 6 CSS

Avec cette modification de l'article 350, paragraphe 6, les bénéficiaires de soins palliatifs auront droit à toutes les prestations de l'assurance-dépendance à l'exception des prestations en espèces, dues soit au titre d'une dépendance antérieure, soit au titre du congé soins palliatifs, et des adaptations du logement. Cette disposition comble une lacune substantielle dans la prise en charge des personnes en fin de vie bénéficiant de soins palliatifs.

Le texte a fait l'objet de l'amendement gouvernemental 19.

Le Conseil d'Etat marque son accord et la commission l'adopte dans la teneur gouvernementale amendée.

Point 57 (ancien article 60) – Article 377, alinéa 1 CSS

Sans observation.

Points 58 à 60 (anciens points 61 à 63)

Ces points ont fait l'objet des amendements parlementaires 16 à 18 qui reprennent, mutatis mutandis les amendements 12 à 15 concernant la Commission de surveillance, en l'occurrence dans le domaine de l'assurance dépendance.

Point 61 (ancien point 64) – Article 418 CSS

Ce point adapte et précise à l'endroit de l'article 418 les missions et attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale afin de tenir compte des modifications de la présente réforme.

Eu égard à ses observations faites à l'endroit du point 34 et à l'amendement gouvernemental 20, le Conseil d'Etat propose de donner au point 9 la teneur suivante:

„9) la constatation au moyen des rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes établis par la Caisse nationale de santé par voie informatique selon les modalités arrêtées en vertu de l'article 64, alinéa 2, point 6) avec la collaboration du Centre commun de la sécurité sociale,

sur base de la banque de données afférente de l'Association d'assurance contre les accidents, de la Caisse nationale de santé et des caisses de maladie, de toute déviation injustifiée de l'activité professionnelle du prestataire;“

La commission reprend cette proposition de texte.

Par ailleurs, par le biais de l'amendement parlementaire 19, le point 19 est supprimé afin de tenir compte de la réserve du Conseil d'Etat quant au pouvoir d'instruction du Contrôle médical de la sécurité sociale dans le cadre de l'instruction devant la Commission de surveillance.

Point 65 supprimé – Article 421 CSS

Par l'amendement parlementaire 20, le point 65 du projet de loi est supprimé.

Afin de tenir compte des observations du Conseil d'Etat, l'article 421 du Code de la sécurité sociale est ainsi rétabli dans sa teneur actuelle, à savoir:

„Les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale ne peuvent s'immiscer dans les rapports du malade et du médecin traitant. Ils doivent s'abstenir de formuler devant le malade un diagnostic ou une appréciation sur le traitement.

Les médecins traitants sont tenus de fournir sous pli fermé aux médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale toutes indications concernant le diagnostic et le traitement.

Toutes les fois qu'ils le jugent utile dans l'intérêt du malade ou des missions de contrôle et de surveillance, les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale doivent entrer en rapport avec le médecin traitant, toutes les précautions étant prises pour que le secret professionnel soit respecté. Pour la fixation du degré de l'incapacité de travail, ils prennent l'avis d'hommes de l'art toutes les fois qu'ils le jugent nécessaire.“

Point 62 (ancien point 66) – Article 454 CSS

Sans observation.

Point 67 supprimé – Article 454, alinéa 4 CSS

Par l'amendement parlementaire 21, le point 67 est supprimé, ceci afin de tenir compte des observations du Conseil d'Etat relatives à la Commission de surveillance. Il y a donc lieu de revenir pour la composition du Conseil arbitral de la sécurité sociale au texte actuel de l'article 454, paragraphe 4 du Code de la sécurité sociale, à savoir:

„(4) Pour les litiges visés aux articles 72bis et 73, les deux assesseurs visés à l'alinéa 1 du paragraphe qui précède sont choisis parmi les trois assesseurs nommés pour une durée de cinq ans par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale respectivement sur base d'une liste de candidats présentée en nombre double par le ou les groupements professionnels ayant signé chacune des conventions prévues à l'article 61, alinéa 2 ainsi que sur base d'une liste de candidats à présenter en nombre double par le comité directeur de la Caisse nationale de santé.“

Point 68 supprimé – Article 454, alinéa 7 CSS

Par l'amendement parlementaire 22, l'article 1er, point 68 du projet de loi est supprimé.

Afin de tenir compte des observations du Conseil d'Etat relatives à la Commission de surveillance il y a lieu de revenir pour la composition du Conseil supérieur de la sécurité sociale au texte actuel de l'article 454, paragraphe 7, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, à savoir:

„Sauf dans les cas prévus aux articles 59, 62, 70, 72bis, 73, 318, 382, 457 du présent Code et à l'article 24 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension, le Conseil supérieur de la sécurité sociale se compose en outre de deux assesseurs nommés pour une durée de cinq ans par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. Les dispositions du paragraphe 3 sont applicables.“

Article 2

L'article 2 du projet de loi regroupe les modifications apportées à la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers (loi hospitalière).

Point 1° – article 1er de la loi de 1998

Le texte gouvernemental modifie l'article 1er en ce sens que les foyers de réadaptation sont supprimés de la liste des établissements considérés comme établissements hospitaliers et remplacés par une

nouvelle catégorie d'établissements soumis à la loi hospitalière, à savoir les établissements d'accueil pour personnes en fin de vie, répondant aux besoins spécifiques des personnes en fin de vie qui y sont accueillies, sans offrir des soins à visée curative.

En outre, tous les établissements hospitaliers seront autorisés d'office à poursuivre une mission d'enseignement et de recherche en matière de santé.

Le Conseil d'Etat se prononce pour la suppression de l'alinéa 4, étant donné que la phrase „En outre, ils peuvent accomplir une mission d'enseignement et de recherche en matière de santé“, ne revêt aucune valeur normative.

Le Conseil d'Etat propose par ailleurs, de redresser une erreur matérielle sous le point c) de l'alinéa 5 et d'écrire:

„c) „établissements d'accueil pour personnes en fin de vie“, tout établissement qui répond principalement aux besoins des personnes en fin de vie qui y sont accueillies, à l'exclusion de soins à visée principalement curative;“

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale suit le raisonnement du Conseil d'Etat en ce qui concerne l'alinéa 4, qui est à supprimer et reprend la teneur de l'alinéa 5 telle que proposée par le Conseil d'Etat.

Point 2° – article 2 de la loi de 1998

Le point 2 procède à une refonte de l'article 2 de la loi hospitalière.

Tout en soutenant une utilisation efficiente des ressources du système hospitalier, le Conseil d'Etat fait remarquer que la classification actuelle des hôpitaux aboutissant à une pyramide renversée ne souscrit pas à cet objectif. Au lieu de se contenter d'une juxtaposition de structures assimilables, il convient de mieux catégoriser les hôpitaux en fonction de la nature des tâches à accomplir, définies dans une perspective de complémentarité, tout en mettant en place des structures de gestion communes.

La Haute Corporation s'étonne que la complémentarité dans la prise en charge que les auteurs veulent promouvoir chez les médecins et les laboratoires ne se retrouve dans l'organisation du paysage hospitalier. Elle estime également que la mise en place de petits établissements spécialisés dans le secteur aigu ne répond pas à l'impératif d'une utilisation efficiente des ressources du système hospitalier et qu'il y a lieu de rattacher directement ces établissements spécialisés à de grands complexes hospitaliers dans le but d'éviter le financement de structures administratives autonomes superflues, sans pour autant toucher à leur organisation médicale. La répartition des ressources sur un territoire de la taille du Grand-Duché en fonction de régions sanitaires délibérément délimitées est également désuète. Ainsi, la dotation des moyens aux hôpitaux est à définir en fonction des tâches qui leur sont confiées au niveau national, et non par rapport à leur localisation géographique.

Le Conseil d'Etat s'oppose formellement à la disposition qui prévoit que le plan hospitalier „procède à la planification des services hospitaliers“, qui ne circonscrit pas l'intervention du pouvoir réglementaire dans la planification. Selon le Conseil d'Etat, cette disposition reste trop floue pour répondre aux exigences de l'article 32(3) de la Constitution.

Par ailleurs, selon le Conseil d'Etat l'alinéa final qui indique que „le plan hospitalier tient en outre compte des qualifications médicales et professionnelles, des équipements médico-techniques représentés ou pouvant être représentés, de l'activité médicale existante ou potentielle, des impératifs d'activité minimale, des filières de soins intégrées, ainsi que des modes de prise en charge préférentiels pour certaines maladies ou groupes de maladies“, sans préciser à quelle fin il en tient compte, devra être reformulé ou supprimé.

Le Conseil d'Etat estime que les centres de compétences que le projet introduit à l'endroit de l'article 26bis devront être déterminés dans le plan hospitalier. Les modes de prise en charge préférentiels pour certaines maladies ou groupes de maladies par contre devront être considérés selon le Conseil d'Etat au niveau des nomenclatures et non dans le plan hospitalier.

Le Conseil d'Etat approuve le projet gouvernemental dans sa proposition de fixer le nombre minimal et maximal de médecins pouvant exercer au sein d'un service donné. Cette fourchette devra à la fois tenir compte de la nécessité de garantir une continuité de soins et de l'intérêt d'assurer une certaine activité médicale minimale moyenne par médecin dans le service donné, condition nécessaire pour des soins de qualité. Il appartiendra aux hôpitaux de garantir par voie contractuelle une présence effective efficace de ces médecins dans leurs services respectifs.

Une telle planification médicale hospitalière est indispensable pour garantir un service médical et hospitalier équilibré et accessible à tous, et justifie aux yeux du Conseil d'Etat une éventuelle restriction indirecte à la liberté d'établissement de médecins à qui l'accès aux structures hospitalières serait ainsi refusé. Pour que cette mesure n'aille pas au-delà de ce qui est nécessaire pour atteindre cet objectif, il y a lieu de définir les actes techniques qui doivent être effectués exclusivement en milieu hospitalier.

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale souligne que cette innovation du projet de réforme répond à un souci qu'elle a elle-même exprimé à diverses occasions au sujet de la nécessité d'un certain pilotage de l'offre hospitalière.

Compte tenu de l'ensemble de ces considérations, le Conseil d'Etat propose le libellé suivant pour les alinéas 3 et 4:

„En fonction des besoins sanitaires nationaux, le plan hospitalier:

- *arrête les modalités détaillées selon lesquelles sont classés les différents établissements hospitaliers et procède au classement des établissements existants;*
- *définit les différents services hospitaliers pouvant être autorisés, ainsi que pour chacun de ces services le nombre maximal autorisable au niveau national;*
- *définit les différents centres de compétences pouvant être autorisés, ainsi que pour chaque centre de compétences le nombre maximal autorisable au niveau national;*
- *détermine les actes techniques qui doivent être effectués exclusivement en milieu hospitalier.*

Les services à caractère unique prendront la dénomination de services nationaux. Les centres de compétences à caractère unique prendront la dénomination de centres de compétences nationaux.

Pour chaque service hospitalier, le plan hospitalier peut fixer les nombres minimal et maximal de médecins autorisés à y exercer. Ces nombres seront fixés en fonction des impératifs de continuité des soins et d'activité moyenne minimale par médecin requise.“

La Commission adopte le libellé des alinéas 3 et 4 tel que proposé par le Conseil d'Etat.

Point 3° – article 3 de la loi de 1998

Le point 3° modifie l'article 3 relatif à la carte sanitaire.

Le Conseil d'Etat rappelle que la carte sanitaire doit être mise à jour annuellement et que la dernière édition remonte à 2005.

La commission souligne que la présente réforme améliorera la documentation des soins de santé et permettra ainsi d'obtenir des données plus fiables en matière de besoins de santé et de ressources, de sorte qu'une mise à jour régulière de la carte sanitaire devrait pouvoir être réalisée dans le futur.

Points 4° et 5° – articles 4, alinéa 2 et 5, alinéa 1 de la loi de 1998

Les points 4° et 5° ont trait aux conditions particulières que le ministre peut imposer pour autoriser la mise en service, la création ou l'extension d'un établissement hospitalier ou d'un service.

Le Conseil d'Etat estime que les dispositions prévues par les points 4 et 5 n'apportent, suivant leur libellé actuel, aucune valeur normative supplémentaire et sont donc à supprimer. Si le texte gouvernemental devait toutefois être maintenu, le Conseil d'Etat exige que les points 4° et 5° soient reformulés, étant donné que le point 6° envisage la fermeture d'établissements hospitaliers ou de services sur base de ces critères et qu'un tel retrait n'est possible que si les critères de fermetures sont définis à l'avance.

La Commission entend suivre le Conseil d'Etat et supprime les points 4° et 5° par le biais des amendements parlementaires 21 et 22.

Suite à la suppression des points 4° et 5°, les points subséquents sont renumérotés.

Point 4° nouveau (ancien point 6°) – article 7, paragraphe (1) de la loi de 1998

L'actuel article 4, alinéa 2, de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers prévoit déjà que l'autorisation ministérielle de création et d'extension de tout établissement hospitalier ou d'un service d'un tel établissement „peut être subordonnée à des conditions particulières imposées dans l'intérêt de la santé publique“.

Le texte gouvernemental initial entendait préciser ces conditions particulières dans l'article 2 points 4 et 5 du projet de loi. Or, comme le Conseil d'Etat a estimé que cette précision n'avait aucune valeur normative supplémentaire par rapport au libellé actuel de l'article 4, alinéa 2 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers et qu'elle était dès lors superflue, la Commission a décidé de supprimer ces deux points.

Il en résulte que le renvoi à l'article 5 n'est plus justifié, de sorte que la Commission propose de donner au paragraphe (1) de l'article 7, la teneur amendée suivante (amendement parlementaire 23):

„(1) Lorsqu'il appert, au vu d'un rapport du Directeur de la Santé qu'un établissement ou service hospitalier:

- ne répond plus aux normes établies conformément à l'article 10 de la présente loi, ou*
- ne respecte pas les conditions particulières lui imposées dans l'intérêt de la santé publique conformément aux articles 2, et 4 ~~ou 5~~ de la présente loi, ou*
- contrevient de façon itérative aux dispositions de la présente loi,*

le ministre ayant dans ses attributions la Santé mettra l'organisme gestionnaire de l'établissement en question en demeure de se conformer aux normes dans un délai qu'il fixera et qui ne pourra pas être inférieur à une année ni dépasser cinq ans. Passé ce délai et à défaut par l'organisme gestionnaire de s'être conformé aux prescriptions, le ministre ayant dans ses attributions la Santé peut ordonner la fermeture de l'établissement ou du service après avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier. Ces avis doivent être fournis dans le mois de leur saisine.“

Point 5° nouveau (ancien point 7°) – article 10, alinéa 2, point 2) de la loi de 1998

L'article 10 détermine les normes auxquelles doivent répondre les établissements hospitaliers et leurs services.

Le Conseil d'Etat relève que l'expression de „personnel paramédical“ n'est plus usitée, et est à remplacer par celle de „certaines professions de santé“.

La Commission décide de suivre le Conseil d'Etat. Ainsi, le point 2) de l'alinéa 2 de l'article 10 prend la teneur suivante:

„2) l'aménagement et l'organisation de chaque type de service, notamment les conditions minima concernant les infrastructures, les équipements, le personnel tant médical que paramédical certaines professions de santé ainsi que les procédures, les activités, et les modalités de documentation de l'activité, ainsi que l'évaluation des résultats d'activités.“

Point 6° nouveau (ancien point 8°) – article 12 de la loi de 1998

Ce point, qui reformule l'article 12 dans le but de faciliter et d'encourager le regroupement d'activités hospitalières, a fait l'objet d'un amendement gouvernemental visant à promouvoir le principe de la mise en commun d'activités hospitalières et à le dissocier de questions d'ordre juridique et organisationnel, libellé comme suit:

„Art. 12. Sur décision de leurs organismes gestionnaires respectifs, des établissements hospitaliers peuvent mettre en commun des activités et bénéficier à ce titre des aides prévues à l'article qui précède, lorsqu'ils procèdent à des investissements communs.

Ces mises en commun doivent respecter les impératifs en matière de sécurité, de continuité des soins et de qualité de la prise en charge.“

Cet amendement trouve l'accord du Conseil d'Etat et la commission adopte le texte amendé par le Gouvernement.

Point 7° nouveau (ancien point 9°) – article 13, alinéa 2 de la loi de 1998

Sans observation.

Point 8° nouveau (ancien point 10°) – article 18 de la loi de 1998

Ce point élargit les missions du commissaire de Gouvernement aux hôpitaux. Dans le souci d'enlever au texte gouvernemental initial toute possibilité d'interprétation équivoque, l'expression „fédération

des activités“ a été supprimée et le verbe „soutenir“ a été remplacé par „faciliter“ par la voie de l’amendement gouvernemental 22.

Certaines critiques ont en effet imputé au texte gouvernemental initial la volonté de conférer au Commissaire du Gouvernement des pouvoirs qui lui auraient permis de s’immiscer directement dans les structures organisationnelles des hôpitaux. L’amendement écarte toute interprétation dans ce sens.

Ce point n’appelle pas d’observation de la part du Conseil d’Etat.

La commission adopte le texte gouvernemental amendé.

Point 9° nouveau (ancien point 11°) – article 19 de la loi de 1998

Le point 9° procède à des modifications ponctuelles de l’article 19 ayant trait à la commission permanente des hôpitaux.

Le Conseil d’Etat constate que les attributions des conseils médicaux, organes représentatifs des médecins hospitaliers, gardent une dimension locale cantonnée à leurs hôpitaux respectifs et qu’ils ne sont représentés dans aucun organe consultatif contribuant à l’orientation du développement hospitalier national.

Le Conseil d’Etat propose de prévoir à l’endroit de l’article 30 portant sur les attributions des conseils médicaux la mise en place d’une structure de coordination nationale prenant la dénomination de „conférence nationale des conseils médicaux“, dont les modalités d’organisation et de fonctionnement seront à déterminer par règlement grand-ducal (voir sub point 15 ci-dessous). Le Conseil d’Etat propose en outre que cette conférence nationale des conseils médicaux soit représentée au sein de la commission permanente des hôpitaux.

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale considère toutefois qu’à ce stade la création d’un organisme supplémentaire n’est pas opportune.

La commission donne à considérer que la pratique actuelle de nommer des fonctionnaires aux conseils d’administration des établissements hospitaliers peut créer des conflits d’intérêt réels, de sorte qu’il faudrait réfléchir sur une disposition visant à contrecarrer cette pratique. La commission est toutefois consciente du fait que la mise en œuvre pratique d’une solution faisable s’avère compliquée, compte tenu aussi des ressources humaines limitées, et nécessite partant du temps dépassant le cadre du présent projet.

Sous le bénéfice de cette observation, la Commission décide de maintenir l’article 19 tel que proposé par le Gouvernement.

Point 10° nouveau (ancien point 12°) – article 23 de la loi de 1998

Le point 10 introduit une base légale pour le comité national de coordination de l’assurance qualité des prestations hospitalières.

L’alinéa 1 de l’article 23 a fait l’objet d’un amendement gouvernemental visant à préciser la mission de l’organisme gestionnaire en matière de gestion des risques et de la qualité, libellé comme suit:

„Art. 23. *Dans chaque hôpital, groupement d’hôpitaux et établissement hospitalier spécialisé, l’organisme gestionnaire met en place des structures et des mécanismes de gestion des risques, d’évaluation et de promotion de la qualité des prestations, ainsi que de prévention, de signalement et de lutte contre les événements indésirables, y inclus la prévention et le contrôle de l’infection nosocomiale.*

La coordination nationale des structures visées à l’alinéa qui précède est assurée par le Comité national de coordination de l’assurance qualité des prestations hospitalières. Les frais de fonctionnement et les indemnités des membres du Comité national de coordination sont à charge du budget de l’Etat.

Un règlement grand-ducal précise les missions et la composition minimale de ces structures, les modalités relatives à leur coordination, ainsi que l’indemnité des membres du Comité national de coordination.“

Ce point n’appelle pas d’observation de la part du Conseil d’Etat.

La Commission adopte le texte gouvernemental amendé.

Point 11° nouveau (ancien point 13°) – article 26 de la loi de 1998

Le Conseil d'Etat ne peut pas approuver le libellé de l'alinéa 1 de l'article 26, étant donné qu'il n'est pas cohérent avec l'approche promouvant un travail en commun des différentes professions de santé au sein des filières de soins et centres de compétences et propose par conséquent de donner à l'alinéa 1 de l'article 26 la teneur suivante:

„Dans les hôpitaux, l'activité médico-soignante s'exerce dans des services médicaux autorisés conformément aux articles 4 et 5 et structurés conformément aux projets de service établis en cohérence avec le projet d'établissement dont question à l'article 22.

Chaque service constitue une unité d'organisation et de gestion comportant une ou plusieurs unités de soins. Par unité de soins on entend une unité fonctionnelle soit d'hospitalisation, soit médico-technique, prenant en charge des patients, située dans une même enceinte architecturale et relevant d'une dotation et d'une gestion commune.

L'organisation médicale et soignante des services médicaux est fixée dans le règlement général de l'hôpital.“

La Commission se rallie à ces vues et reprend le libellé de l'article 26 alinéa 1 tel que proposé par le Conseil d'Etat.

Point 12 (ancien point 14 supprimé) – Article 26bis nouveau de la loi de 1998

Le point 14 du texte gouvernemental proposait d'introduire un nouvel article 26bis consacré aux „filières de soins intégrées“ et aux „centres de compétences“.

Dans son premier avis, le Conseil d'Etat a estimé que les caractéristiques des filières de soins, d'une part, et des centres de compétences, d'autre part, ne sont pas décrites avec la clarté requise et que les responsabilités des différents acteurs ne sont pas suffisamment définies pour qu'il puisse approuver l'article 26bis.

Selon le Conseil d'Etat, des filières de soins ont comme objet une organisation cohérente de soins de nature différente autour de la prise en charge globale de personnes présentant une ou plusieurs pathologies données, permettant d'augmenter la qualité de soins et d'allouer les ressources en place de manière efficiente. Il s'agit donc d'un modèle d'organisation de la mise en œuvre d'un programme de soins qui restera individualisé en tenant compte des besoins particuliers d'un patient donné, mais qui obéira à un déroulement cohérent respectant les impératifs qualitatifs et l'utilisation économique des ressources.

Les centres de compétences par contre seraient des unités d'organisation et de gestion développées autour de la prise en charge d'une pathologie donnée ou d'un complexe de pathologies afin d'obtenir une concentration des ressources et/ou une masse critique des cas à traiter (exemples: certaines affections cancérologiques – comme le cancer du sein, le cancer du poumon, les cancers digestifs –, les accidents vasculaires cérébraux, les transplantations rénales, les pathologies liées à l'environnement).

Le Conseil d'Etat exige que l'article 26bis soit reformulé afin de mieux distinguer „filières de soins“ et „centres de compétences“.

Sans remettre en cause l'utilité des concepts et la nécessité de mise en œuvre des filières de soins et des centres de compétence, la Commission a décidé dans un premier temps de supprimer le point 12 (amendement parlementaire 24), étant donné qu'elle ne dispose pas à l'heure actuelle des éléments lui permettant de formuler une nouvelle proposition de cette disposition avec la précision requise par le Conseil d'Etat.

Toutefois dans son avis complémentaire, le Conseil d'Etat estime qu'il y a lieu de définir impérativement dans la loi l'expression „centres de compétences“ entrant dans la disposition des articles 2 et 3 de la loi précitée et des articles 65 et 74 CSS.

Aussi, le Conseil d'Etat propose-t-il de donner à cet article le libellé suivant:

„Art. 26bis. Un „centre de compétences“ au sens des articles 2 et 3 est une entité organisationnelle qui rassemble à l'intérieur d'un ou plusieurs établissements hospitaliers des ressources d'un ou plusieurs services assurant une prise en charge interdisciplinaire intégrée de patients présentant une pathologie ou un groupe de pathologies.

La création d'un centre de compétences est soumise à autorisation du ministre ayant la Santé dans ses attributions qui demande au préalable l'avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier.

La demande d'autorisation est introduite par le groupement le plus représentatif des hôpitaux luxembourgeois sous forme d'un projet de centre de compétences.

Ce projet précise:

- les disciplines médicales impliquées, le domaine d'activité médicale projeté;
- les objectifs quantitatifs et qualitatifs visés;
- les ressources et équipements à y affecter spécifiquement pour atteindre ces objectifs, y inclus le nombre de lits et d'emplacements dans le ou les établissements abritant le centre;
- les modalités d'organisation médicale et soignante et de gestion du centre;
- les qualifications et compétences déterminant les modalités d'agrément des médecins et, le cas échéant, d'autres professionnels de santé collaborant dans le centre;
- l'organisation et les moyens mis en place pour assurer la continuité des prises en charge afférentes, conformes aux acquis de la science;
- la composition du conseil scientifique;
- le contenu minimal du rapport d'activité annuel;
- les modalités d'accompagnement par un comité d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières.

Le ministre peut fixer des conditions ou modes spécifiques de prise en charge, des formes et règles de collaboration avec d'autres prestataires intervenant dans la filière de prise en charge en amont ou en aval du centre de compétences.

L'autorisation est accordée si le projet de centre de compétences répond aux besoins de la population fixés dans le plan hospitalier visé à l'article 2. Le refus d'autorisation doit être motivé.

Un règlement grand-ducal précise les modalités et les détails de la procédure à suivre pour l'obtention, la prolongation et le retrait de l'autorisation, ainsi que les missions et modalités d'organisation de fonctionnement et de désignation du Conseil scientifique.“

La commission décide de reprendre ce texte.

*

Quant aux filières de soins, le texte n'y fait plus référence. Cependant la commission, compte tenu des explications fournies par le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, tient à souligner que l'idée de la création de filières de soins n'est pas sacrifiée pour autant, mais garde pleinement sa valeur.

Lors des négociations avec les représentants de l'EHL et de l'AMMD, il a été convenu que les filières de soins existant déjà actuellement ou en cours d'être mises au point dans la pratique hospitalière quotidienne continueront d'être développées. Les expériences pratiques existant dans ce domaine seront mises à profit et l'engagement a été pris d'améliorer la prise en charge des patients, notamment dans les domaines des AVC et de la cancérologie, par le développement de filières hautement spécialisées et performantes.

Les filières de soins pourront être promues par le biais des statuts et sur base conventionnelle avant de trouver une consécration légale, répondant aux exigences du Conseil d'Etat, à l'occasion d'une prochaine révision générale de la loi hospitalière.

Point 13° (ancien point 15°) – article 29 de la loi de 1998

Ce point introduit la notion de médecins-coordonateurs.

Le Conseil d'Etat considère que la nomination de médecins-coordonateurs à la tête des services médicaux est essentielle pour assurer un fonctionnement convenable de ces services.

Afin de faire suite aux observations formulées, notamment par l'Entente des hôpitaux, ainsi que par l'association la plus représentative des médecins, la Commission décide à l'unanimité de donner à l'article 29 la teneur amendée suivante (amendement parlementaire 25):

„Des médecins-coordonateurs, nommés par l'organisme gestionnaire et placés sous l'autorité du directeur médical, assurent le participant au sein du département médical et sans préjudice des

attributions de la direction médicale, au développement et à la coordination de l'activité médicale d'un ou d'un groupement de services hospitaliers conformément aux objectifs du ou des projet(s) de service afférents et aux orientations du projet d'établissement.

Ils assurent des fonctions de coordination et de planification de l'activité médicale du ou des service(s) et veillent:

- *au bon fonctionnement du ou des services et à la qualité des prestations;*
- *à la standardisation ~~des traitements~~ et de la prise en charge de patients;*
- *à l'utilisation efficiente des ressources disponibles.*

Ils exercent leurs missions en collaboration avec le responsable des soins et le pharmacien responsable.

Dans l'exercice de leurs missions ils disposent d'un droit de regard sur l'activité de tous les intervenants du ou des services.

Un règlement grand-ducal précise le statut, les missions et les attributions des médecins-coordonateurs, ainsi que les modalités de leur désignation.“

La commission tient à souligner qu'au plan juridique le médecin coordinateur est donc investi d'une mission complémentaire, telle qu'elle ressort de l'article 29 modifiée de la loi hospitalière, et qu'il reste par ailleurs assujéti aux droits et devoirs résultant du contrat de travail respectivement du contrat de collaboration conclu avec l'établissement hospitalier.

Le texte amendé correspond à un accord entre l'EHL et l'AMMD et crée la base légale de la faculté des hôpitaux à nommer des médecins coordinateurs. Le texte ne comporte certes pas d'obligation formelle de procéder à cette nomination, mais dans la mesure où il consacre un accord entre les principaux acteurs du terrain, il est entendu qu'en pratique les nominations en question interviendront effectivement.

La commission ayant pu prendre connaissance de l'avant-projet de règlement grand-ducal d'exécution prévu in fine de cet article. Elle souligne que le médecin coordinateur prend le rôle d'interlocuteur du directeur médical et des autres organes de l'établissement hospitalier qui assurent le développement et la coordination de l'activité médicale d'un ou de plusieurs services hospitaliers. Le médecin coordinateur veillera notamment à la bonne planification de l'activité médicale, au bon fonctionnement des services, à la qualité des prestations, à la qualité des traitements et de la prise en charge des patients ainsi qu'à l'utilisation efficiente des ressources disponibles. Le médecin coordinateur n'est pas le chef du personnel, mais la création de sa fonction est innovatrice dans le secteur hospitalier dans la mesure où elle mettra fin à l'absence actuelle de relais de coordination entre la direction médicale, l'hôpital et les services médicaux.

Le médecin coordinateur favorisera ainsi la cohésion de l'activité médicale qui actuellement pourrait dans certaines circonstances souffrir d'une trop grande empreinte d'individualisme. Par cette innovation, la structure des établissements hospitaliers luxembourgeois s'approchera sur ce point de ce qui depuis longtemps est monnaie courante à l'étranger, notamment en Allemagne et en France.

Point 14° (ancien point 16°) – article 31 de la loi de 1998

Le point 14 vise à préciser le statut du médecin hospitalier en clarifiant sa position dans le fonctionnement interne de l'établissement hospitalier.

Le Conseil d'Etat ne peut pas approuver la modification de l'article 31. Il donne à considérer que le fait de viser uniquement les médecins sous statut libéral risque de créer des ambiguïtés quant aux droits et devoirs des médecins exerçant sous des statuts différents, mais censés cohabiter et travailler en équipe au sein des services. Il estime que le respect de certaines obligations des médecins à l'hôpital considérées comme indispensables devra viser aussi bien les médecins salariés que les médecins libéraux liés à l'hôpital par un contrat de collaboration et propose de reformuler l'alinéa 1.

La Commission décide de reprendre la proposition de texte du Conseil d'Etat, en l'amendant toutefois afin de tenir compte d'un accord entre l'EHL et l'AMMD sur ce point (amendement 26). Ainsi, dans la phrase introductive, elle propose de viser directement le médecin hospitalier. En outre, le terme „d'agrément“ est remplacé par celui de „collaboration“ dans la première phrase de l'alinéa *in fine* de l'article 31. Il s'agit d'une simple adaptation de la terminologie aux termes utilisés à l'alinéa 1er de cette disposition.

Ainsi, l'article 31 prend la teneur suivante:

„Art. 31. *Le médecin hospitalier est lié à l'établissement hospitalier soit par un contrat de travail, soit par un contrat de collaboration. Le médecin hospitalier exerce son activité à titre principal ou accessoire dans un ou plusieurs services hospitaliers sous sa propre responsabilité et sans lien de subordination sur le plan médical.*

L'hôpital prend les mesures nécessaires pour que Le médecin:

- respecte le cadre défini par le règlement général visé à l'article 23;
- participe à la continuité des soins et des gardes;
- déclare et documente ses prestations effectuées à l'hôpital;
- participe à la démarche qualité et à la prévention des risques;
- utilise de manière efficiente les ressources disponibles.

Les contrats d'agrément de collaboration des prestataires de soins non salariés exerçant dans les hôpitaux et établissements hospitaliers spécialisés doivent correspondre à un contrat-type, dont le contenu minimal est arrêté d'un commun accord entre les différents groupements professionnels des prestataires de soins et les groupements des hôpitaux prévus à l'article 62 du code des assurances sociales. A défaut de cet accord, le ministre de la Santé peut arrêter le contrat-type.“

Point 15° (ancien point 17°) – article 33 de la loi de 1998

Ce point a pour but d'adapter le régime des pharmacies hospitalières.

Le Conseil d'Etat relève que la notion de région hospitalière n'est pas définie dans un texte de loi, et demande partant de la supprimer *in fine* de l'alinéa 2. En outre, il souligne qu'un règlement grand-ducal ne peut se prendre qu'aux fins, dans les conditions et suivant les modalités spécifiées par la loi, de sorte que le terme „notamment“ à l'endroit de l'alinéa 3 est à supprimer.

La Commission décide de suivre le Conseil d'Etat.

Point 16° (ancien point 18°) – articles 16, 21, 34 et 35 de la loi de 1998

Sans observation.

Article 3

L'article 3 prévoit la reconstitution progressive de la réserve minimale.

Cet article a fait l'objet d'un amendement gouvernemental afin de tenir compte de la décision prise le 10 décembre 2010 par le comité directeur de la Caisse nationale de santé. Ainsi, le budget équilibré pour l'année 2011 se base sur le report de la reconstitution de la réserve minimale d'une année, une hausse des cotisations réduite à la moitié de celle initialement prévue et une réduction des mesures d'économies à l'égard des assurés et des prestataires de 25 à 20 millions d'euros.

Cet amendement trouve l'accord du Conseil d'Etat.

La Commission adopte le texte gouvernemental amendé.

Article 4

L'article 4 a trait au maintien des valeurs des lettres-clés des prestataires de soins pour la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2012, à l'exception de la valeur de la lettre-clé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique qui est fixée pour la même période à 0,3050.

Etant donné que le mécanisme d'adaptation rétroactif prévu par les conventions passées entre la CNS et les groupements représentatifs des prestataires de soins est censé couvrir rétroactivement uniquement les périodes situées entre les dates d'échéances de deux négociations tarifaires successives, le Gouvernement a introduit un amendement (amendement gouvernemental 24) au texte initial visant à neutraliser à partir du 1er janvier 2011, ce facteur de rattrapage, de sorte que les valeurs des lettres-clés de ces prestataires sont maintenues pour les exercices 2011 et 2012, sauf augmentation induite par l'évolution de l'indice du coût de la vie.

En outre, afin de ne pas défavoriser les laboratoires privés par rapport aux autres prestataires, le bout de phrase „à l'exception de la valeur de la lettre-clé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique visés à l'article 61, alinéa 2, point 4 du même Code qui est fixée pour la même période à 0,3050“ est supprimé.

Le Conseil d'Etat souligne qu'il faut préciser si le maintien de la valeur de la lettre-clé se rapporte à un maintien extra-indiciaire ou non et si le premier cas de figure est retenu, il y a lieu de le spécifier dans l'alinéa 1.

Par ailleurs, comme l'article 65, alinéa 1 fait référence aux prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, points 1 à 7 et 12, le Conseil d'Etat estime qu'il est préférable de se référer directement à cet article dans l'article sous avis et propose de donner à l'article 4 le libellé suivant:

„Par dérogation aux articles 65, alinéa 2, et 67 à 70 du Code de la sécurité sociale, les valeurs des lettres-clés des prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, points 1 à 7 et 12 sont maintenues par rapport à leur valeur applicable au 31 décembre 2010 au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 pour la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2012.“

La Commission a décidé de reprendre la proposition du Conseil d'Etat en ce qui concerne l'alinéa 1 de l'article 4 et rétablit l'alinéa 2 de l'article 4, que le Conseil d'Etat a supprimé par inadvertance matérielle (amendement parlementaire 27).

Ainsi, l'article 4 prend la teneur suivante:

„Par dérogation aux articles 65, alinéa 2, et 67 à 70 du Code de la sécurité sociale, les valeurs des lettres-clés des prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, points 1 à 7 et 12 sont maintenues par rapport à leur valeur applicable au 31 décembre 2010 au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 pour la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2012.

Toutefois pour la même période, et par dérogation à l'alinéa précédent, la valeur de la lettre-clé de la nomenclature des médecins est fixée à 0,51109 à l'indice 100, celle de la nomenclature des médecins-dentistes est fixée à 0,62021 à l'indice 100 et celle de la nomenclature des infirmiers est fixée à 0,65251 à l'indice 100.“

Article 5

Le présent article a trait aux dispositions d'économies à charge des prestataires de soins, en agissant de façon ciblée sur certains tarifs et à charge des assurés, en agissant sur les participations statutaires.

Comme le projet de loi prévoyait encore des mesures d'économies à réaliser en agissant sur les prestations et les participations statutaires à charge des patients, le Gouvernement a introduit un amendement au texte initial (amendement gouvernemental 26) visant à supprimer l'alinéa 2 de l'article 5, afin de tenir compte, d'une part, des discussions de la réunion du Comité Quadripartite en date du 27 octobre 2010 et, d'autre part, du budget arrêté par le comité directeur de la CNS dans sa réunion du 10 novembre 2010.

L'amendement 26 prévoit encore de réaliser une économie à charge des laboratoires d'analyses médicales en agissant sur leur nomenclature. Le projet de loi visait initialement de réaliser ces économies par une réduction de la lettre-clé correspondante. Il est projeté de procéder par une révision ciblée de certains actes de cette nomenclature, à effectuer endéans trois mois par le biais de la procédure d'adaptation des coefficients des actes prévue par le Code de la sécurité sociale. En cas de non-accord, ces économies devraient être fixées par voie réglementaire. Ce mécanisme avait déjà été appliqué lors de la crise de 1982 dans le cadre de la loi budgétaire pour l'exercice 1983. Cette démarche devrait utilement s'insérer dans une approche plus globale d'une révision en profondeur de cette nomenclature.

En parallèle, la période transitoire d'un an instaurée par le projet de loi initial pour la débudgétisation des laboratoires hospitaliers, est ramenée à trois mois, afin de renforcer la volonté d'un traitement égalitaire entre les laboratoires privés et les laboratoires hospitaliers. Ainsi les nouveaux tarifs s'appliqueront aussi à partir du 1er avril 2011 aux activités extra-hospitalières des laboratoires hospitaliers.

Etant donné que les prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, point 1, sont les médecins, le Conseil d'Etat estime qu'il faut les nommer directement dans l'alinéa 1.

Afin de tenir compte des observations du Conseil d'Etat, les prestataires concernés sont nommément mentionnés dans l'article et les renvois au CSS sont supprimés.

La commission adopte à cet effet l'amendement parlementaire 28.

Article 6

L'article 6 limite pour les hôpitaux, par dérogation à l'article 74 du Code de la sécurité sociale, la progression annuelle de l'enveloppe budgétaire globale pour la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2012 par rapport à l'année 2010 à 3%.

Le Conseil d'Etat estime qu'il y a lieu de préciser s'il s'agit d'une progression extra-indiciaire ou non. En outre, il rappelle que les frais fixes représentent, selon le rapport général sur la sécurité sociale de 2008, 79,4% des frais hospitaliers, et qu'ils sont constitués pour la majeure partie de frais de personnel qui sont sous l'emprise d'une convention collective de travail et adaptés à l'évolution de l'indice pondéré du coût de la vie.

Afin de tenir compte de l'observation du Conseil d'Etat, la Commission décide d'amender l'article 6, en précisant à l'alinéa 1er qu'il s'agit d'une progression indiciaire (amendement parlementaire 29).

Article 7 du texte gouvernemental initial

Suite à la décision prise le 10 novembre 2010 par le comité directeur de la CNS de limiter la hausse du taux de cotisation à 0,2%, de sorte que le taux actuel de 5,4% passe seulement à 5,6% et non pas à 5,8% tel que prévu par le texte gouvernemental initial, le Gouvernement a introduit un amendement visant à supprimer l'article 7.

Suite à la suppression de l'article 7 initial, les articles subséquents sont à renuméroter.

Article 7 nouveau (ancien article 8)

Cet article abroge l'article 18bis de la loi modifiée du 11 avril portant réglementation de la mise sur le marché et de la publicité des médicaments.

Le Conseil d'Etat approuve l'abrogation de l'article 18bis qui avait risqué de faire double emploi avec le nouvel article 22bis.

La Commission adopte l'article 7 nouveau.

Article 8 nouveau

Cet article, introduit par voie d'amendement gouvernemental, abroge l'article 2, alinéa 5 de la loi modifiée du 17 mai 2004 relative à la concurrence, étant donné que les attributions de fixation du prix des médicaments à usage humain sont transférées du Ministère de l'Economie vers le Ministère de la Sécurité sociale.

Cet article ne donne pas lieu à observation de la part du Conseil d'Etat et est adopté par la Commission.

Article 9 nouveau

Par voie de l'amendement gouvernemental 29, a été inséré l'article 9 nouveau, libellé comme suit:

„Art. 9. *En attendant la constitution de la Commission de nomenclature suivant les modalités de désignations prévues par la présente loi, ses attributions sont provisoirement exercées par la Commission de nomenclature en fonction au 31 décembre 2010.*“

Le Conseil d'Etat estime que cette disposition transitoire devra être dotée d'une date butoir et propose de donner à l'article 9 nouveau, la teneur suivante:

„Art. 9. *En attendant la constitution de la Commission de nomenclature suivant les modalités de désignation prévues par la présente loi, ses attributions sont provisoirement exercées par la Commission de nomenclature en fonction au 31 décembre 2010 jusqu'au 30 juin 2011.*“

La Commission décide de reprendre la proposition du Conseil d'Etat.

Article 10 nouveau

Par voie d'amendement gouvernemental visant à clarifier que les services hospitaliers gardent leurs autorisations actuelles jusqu'à la prochaine révision du plan hospitalier, est inséré l'article 10 nouveau, libellé comme suit:

„Art. 10. *Les autorisations d'exploitation d'un service de base d'un établissement hospitalier, accordés par le ministre ayant la Santé dans ses attributions en application du règlement grand-ducal du 13 mars 2009 établissant le plan hospitalier national et déterminant les missions et la composition minimales des structures d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières et les modalités de coordination nationale de ces structures, restent valables.*“

Cet article ne suscite pas de commentaires particuliers de la part du Conseil d'Etat.

La Commission adopte le nouvel article 10.

Les articles 9 à 13 actuels du projet de loi deviennent les articles 11 à 15 nouveaux.

Article 11 nouveau (ancien article 9)

Sans observation.

Article 12 nouveau (ancien article 10)

Sans observation.

Article 13 nouveau (ancien article 11)

Sans observation.

Article 14 nouveau (ancien article 12)

Le présent article prévoit l'introduction d'une dotation forfaitaire de l'Etat au profit de l'assurance maladie-maternité destinée à compenser dans une phase initiale les effets de l'intégration des prestations en espèces de maternité dans le régime général.

Cette disposition trouve l'accord du Conseil d'Etat quant au fond, mais il suggère de préciser cette disposition et propose la formulation suivante:

„Art. 14. L'Etat prend en charge, jusqu'au 31 décembre 2010, une dotation annuelle de 20 millions d'euros au profit de l'assurance maladie-maternité destinée à compenser de façon forfaitaire les charges supplémentaires incombant à la Caisse nationale de sante du fait de l'incorporation des prestations en espèces de maternité dans le régime général de l'assurance maladie-maternité.

L'Inspection générale de la sécurité sociale est chargée d'évaluer cette somme avant l'échéance susvisée.“

La Commission décide de reprendre la formulation du Conseil d'Etat, sauf à redresser par voie de l'amendement parlementaire 30 l'erreur matérielle de la date, à savoir 2013 au lieu de 2010.

Article 15 nouveau (ancien article 13)

L'article 15 a fait l'objet d'un amendement gouvernemental introduisant, d'une part, une entrée en vigueur différée pour la disposition du médecin référent afin de permettre aux parties signataires de la convention afférente de pouvoir élaborer les modalités d'application, et d'autre part, une phase transitoire de transfert des compétences permettant ainsi à la CNS de mettre en place la procédure se rapportant à la fixation des prix des médicaments à usage humain, et réduisant enfin d'un an à trois mois l'entrée en vigueur de l'application du régime extrahospitalier pour l'activité correspondante des laboratoires hospitaliers.

*

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

*

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

PROJET DE LOI

portant réforme du système de soins de santé et modifiant:

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

Art. 1er. Le Code de la sécurité sociale est modifié comme suit:

1° L'article 2, alinéa 1 prend la teneur suivante:

„La personne qui est âgée de dix-huit ans au moins, qui réside au Grand-Duché de Luxembourg et qui perd la qualité d'assuré obligatoire ou la protection en qualité de membre de famille au sens de l'article 7 après en avoir bénéficié pendant une période continue de six mois précédant immédiatement la perte de cette qualité, peut demander à continuer son assurance. La condition de continuité ne vient pas à défaillir par une interruption de moins de huit jours. La demande doit être présentée au Centre commun de la sécurité sociale sous peine de forclusion dans un délai de trois mois suivant la perte de l'affiliation.“

2° L'article 8 prend la teneur suivante:

„**Art. 8.** L'assurance a principalement pour objet, dans les limites fixées par la présente loi et les statuts:

- le paiement d'une prestation en espèces sous forme d'indemnité pécuniaire de maladie ou d'indemnité pécuniaire de maternité;
- la prise en charge des soins de santé;
- l'organisation et la prise en charge de mesures de médecine préventive et la participation à celles-ci;
- le paiement d'une indemnité funéraire.“

3° A l'article 10, l'alinéa 1 prend la teneur suivante:

„Pour les salariés, l'indemnité pécuniaire de maladie est calculée sur la base du revenu professionnel défini à l'article 34 relatif aux affiliations en cours au moment de la survenance de l'incapacité de travail et respectant les limites définies à l'article 39.“

4° L'article 12, alinéa 1 prend la teneur suivante:

„Pour les non salariés, l'indemnité pécuniaire est calculée sur la base du revenu professionnel défini aux articles 35 et 36 relatif aux affiliations en cours au moment de la survenance de l'incapacité de travail et respectant les limites définies à l'article 39. Si la période indemnisée est inférieure à un mois, chaque jour est compté uniformément pour un trentième du mois. Toute modification du revenu professionnel implique le recalcul de l'indemnité pécuniaire.“

5° L'article 17 prend la teneur suivante:

„**Art. 17.** Sont pris en charge dans une mesure suffisante et appropriée:

- 1) les soins de médecine;
- 2) les soins de médecine dentaire;
- 3) les traitements effectués par des professionnels de santé;
- 4) les analyses de biologie médicale;
- 5) les orthèses, prothèses, épithèses et implants dentaires;
- 6) les médicaments, le sang humain et les composants sanguins;
- 7) les dispositifs médicaux;
- 8) les traitements effectués en milieu hospitalier;
- 9) les frais de séjour à l'hôpital en cas d'accouchement et en cas d'hospitalisation sauf pour le cas de simple hébergement;
- 10) les cures thérapeutiques et de convalescence;

- 11) les soins de rééducations et de réadaptations fonctionnelles;
- 12) les frais de transport des malades;
- 13) les soins palliatifs suivant les modalités d'attribution précisées par règlement grand-ducal.

Est considéré comme simple hébergement le séjour à l'hôpital d'une personne pour laquelle les soins en vue de sa guérison, de l'amélioration de son état de santé ou de l'atténuation de ses souffrances peuvent être dispensés en dehors du milieu hospitalier. Ces critères peuvent être précisés par règlement grand-ducal.

Des mesures de médecine préventive peuvent être organisées en collaboration avec la Direction de la santé dans le cadre de conventions de partenariat conclues entre les ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale, la Caisse nationale de santé et, le cas échéant, des services spécialisés.“

6° L'article 19, alinéa 3 prend la teneur suivante:

„Cependant dans des cas exceptionnels à constater par la Caisse nationale de santé sur base d'un certificat circonstancié du médecin traitant, l'acte ne figurant pas dans la nomenclature peut être pris en charge sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale qui fixe un tarif en assimilant cet acte à un autre acte de même importance.“

7° A la suite de l'article 19 il est inséré un nouvel article 19bis libellé comme suit:

„**Art. 19bis.** L'assuré peut désigner un médecin référent avec l'accord de celui-ci qui a pour missions:

- 1) d'assurer le premier niveau de recours aux soins;
- 2) d'assurer les soins de prévention et contribuer à la promotion de la santé;
- 3) de suivre régulièrement le contenu du dossier de soins partagé de l'assuré visé à l'article 60quater;
- 4) de superviser le parcours de l'assuré dans le système de soins de santé et de sensibiliser le patient par rapport aux risques liés aux doubles emplois, à la surconsommation et aux effets secondaires;
- 5) de coordonner les soins dans les cas de pathologies lourdes ou chroniques ou de soins de longue durée;
- 6) d'informer, d'orienter et de conseiller le patient dans son parcours de soins.

Un règlement grand-ducal détermine les modalités de désignation, de reconduction et de changement du médecin référent ainsi que de son remplacement en cas d'absence.“

8° L'article 21 prend la teneur suivante:

„**Art. 21.** La prise en charge des actes, services et fournitures se fait suivant les conditions, modalités et taux déterminés par les statuts.“

9° L'article 22 prend la teneur suivante:

„**Art. 22.** (1) La prise en charge des médicaments dispensés dans les pharmacies ouvertes au public se fait selon une liste positive à publier au Mémorial.

Les décisions d'inscrire ou non un médicament sur la liste ou d'en exclure une catégorie ou un produit déterminé doivent être basées sur les critères découlant des articles 17, alinéa 1 et 23, alinéa 1.

Par dérogation aux dispositions prévues à l'article 23, alinéa 1, peuvent encore être inscrits sur la liste positive les médicaments homéopathiques unitaires fabriqués à partir d'une souche végétale, minérale ou chimique et commercialisés sous forme de globules, granules, comprimés ou gouttes.

La liste des médicaments est établie par les statuts, la Direction de la santé, division de la pharmacie et des médicaments et le Contrôle médical de la sécurité sociale demandés en leur avis. La décision d'exclure une catégorie de médicaments de cette liste s'opère dans la même forme.

Ne peuvent être inscrits sur la liste positive que des médicaments disposant d'une autorisation de mise sur le marché, d'un prix au public et pour lesquels le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché a introduit une demande auprès de la Caisse nationale de santé en vue de l'inscription du médicament sur la liste positive.

(2) Le président de la Caisse nationale de santé ou son délégué prend les décisions relatives:

- 1) à l'inscription ou non des médicaments sur la liste positive et décide du taux de prise en charge qui leur est applicable. Il décide pareillement de l'exclusion d'un médicament de la liste positive;
- 2) à la première inscription ou au retrait des médicaments de la liste des principes actifs soumis à la base de remboursement prévue à l'article 22bis.

Les décisions visées à l'alinéa précédent sous 1) sont prises sur base d'un avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale. Cet avis s'impose au président.

Les décisions du président ou de son délégué sont acquises à défaut d'une opposition écrite formée par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché dans les quarante jours de la notification. L'opposition, qui est suspensive, est vidée par le comité directeur.

(3) Pour des motifs d'intérêt général ou de santé publique, des médicaments répondant aux critères définis selon le paragraphe 1, alinéa 2, mais pour lesquels aucune demande n'a été introduite, peuvent être inscrits d'office sur la liste positive par le comité directeur de la Caisse nationale de santé, la Direction de la santé, division de la pharmacie et des médicaments et le Contrôle médical de la sécurité sociale demandés en leur avis.

(4) Un règlement grand-ducal précise les critères et détermine la procédure relative à l'inscription ou non d'un médicament sur la liste positive ou à son exclusion de ladite liste. Ce même règlement peut préciser les critères et déterminer la procédure relative à l'inscription des dispositifs médicaux dans les listes statutaires de l'assurance maladie.“

10° A la suite de l'article 22 il est inséré un nouvel article 22bis libellé comme suit:

„**Art. 22bis.** La Direction de la santé établit sur base de la classification scientifique internationale dénommée „Anatomical therapeutical chemical classification“ de l'Organisation mondiale de la santé une liste des groupes de médicaments, appelés groupes génériques, comportant un même principe actif principal qui n'est pas ou n'est plus protégé par un brevet dans le pays de provenance du médicament. Cette liste est mise à jour mensuellement et communiquée à la Caisse nationale de santé. Sur cette liste la Direction de la santé distingue les médicaments pour lesquels il peut y avoir substitution par un autre médicament du même groupe, sous condition qu'ils aient

- la même composition qualitative et quantitative en principe actif;
- la même forme pharmaceutique;
- une bioéquivalence démontrée par des études de biodisponibilité appropriées avec un médicament de référence faisant partie du groupe générique;
- ou, en l'absence de médicament de référence, un profil de sécurité et d'efficacité équivalent.

Sur base de la liste visée à l'alinéa 1, la Caisse nationale de santé fixe pour tous les médicaments inscrits dans la liste positive et susceptibles de substitution, appartenant au même groupe de principe actif principal, une base de remboursement qui constitue le montant sur lequel porte, par conditionnement, la prise en charge de l'assurance maladie-maternité.

La base de remboursement est calculée en fonction de critères relatifs au dosage, à la forme pharmaceutique, à la voie d'administration et au conditionnement des médicaments du groupe à même principe actif principal. Le calcul de la base de remboursement tient compte du prix public unitaire des médicaments composant chaque groupe en comparant le prix public unitaire le plus élevé avec le prix public unitaire le moins élevé. Les modalités de calcul de la base de remboursement sont précisées par règlement grand-ducal.

La liste des groupes de médicaments soumis à une base de remboursement est publiée au Mémorial.

Par dérogation à l'article 5 du règlement No IV dénommé „sur les devoirs spéciaux des pharmaciens et droguistes“ de l'arrêté royal grand-ducal du 12 octobre 1841 portant règlement du service médical, le pharmacien informe l'assuré lors de la délivrance du médicament qu'il s'agit d'un médicament inscrit sur la liste des groupes de médicaments soumis à une base de remboursement et lui propose une substitution par le médicament le plus économique du même groupe.“

11° A la suite de l'article 22bis il est inséré un nouvel article 22ter libellé comme suit:

„**Art. 22ter.** Par dérogation à l'article 2, alinéa 1 de la loi modifiée du 17 novembre 2004 relative à la concurrence, les décisions relatives à la fixation des prix des médicaments à usage humain sont prises par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Les critères, les conditions et la procédure se rapportant à cette fixation sont déterminés par règlement grand-ducal.“

12° L'article 23, alinéa 2 est modifié comme suit:

„Les statuts de la Caisse nationale de santé prévoient à titre de sanction l'avertissement, la domiciliation auprès d'un prestataire déterminé, une participation plus élevée ou le refus de la prise en charge des prestations dans le chef d'assurés dont la consommation de prestations à charge de l'assurance maladie est considérée comme abusive d'après des normes y établies, le Contrôle médical de la sécurité sociale entendu en son avis. L'assuré doit restituer les prestations indûment touchées. Les montants à payer ou à restituer par l'assuré peuvent être compensés par la Caisse nationale de santé avec d'autres créances de l'assuré ou être recouverts par le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 429.“

13° L'article 24 prend la teneur suivante:

„**Art. 24.** Les prestations de soins de santé sont accordées, soit sous forme de remboursement par la Caisse nationale de santé et les caisses de maladie aux personnes protégées qui ont fait l'avance des frais, soit sous forme de prise en charge directe par la Caisse nationale de santé, le prestataire de soins n'ayant dans ce dernier cas d'action contre la personne protégée que pour la participation statutaire éventuelle de celle-ci. A défaut de disposition conventionnelle contraire, le mode de la prise en charge directe ne s'applique qu'aux actes, services et fournitures ci-après:

- 1) les analyses de biologie médicale;
- 2) en cas de traitement en milieu hospitalier, l'ensemble des frais de traitement à l'exception des honoraires médicaux;
- 3) les médicaments;
- 4) la rééducation et la réadaptation fonctionnelles dans un établissement spécialisé;
- 5) la transfusion sanguine;
- 6) les actes des professions de santé visées à l'article 61, alinéa 2, point 3), des établissements d'aides et de soins ainsi que des réseaux d'aides et de soins visés aux articles 389 à 391 disposant d'un contrat d'aides et de soins avec la Caisse nationale de santé.

La prise en charge directe est encore accordée en cas d'indigence de la personne protégée dûment documentée par une attestation établie par l'office social en charge, suivant les modalités déterminées par les dispositions statutaires et conventionnelles.

La Caisse nationale de santé envoie périodiquement à l'assuré un relevé des prestations lui fournies par voie de prise en charge directe.“

14° L'article 26 est abrogé.

15° L'article 28, alinéa 2 prend la teneur suivante:

„En dehors des revenus de placement et d'autres ressources diverses, les ressources nécessaires sont constituées par des cotisations dont une part est fixée en application du taux de cotisation visé à l'article 29 et une autre part en application du pourcentage fixé à l'article 31.“

16° L'article 29 prend la teneur suivante:

„**Art. 29.** Le taux de cotisation est fixé de manière à couvrir toutes les charges de l'assurance maladie-maternité, y compris la dotation à la réserve et le remboursement à la Mutualité des charges résultant de l'article 54, alinéas 2 et 3. Ce taux de cotisation s'applique à l'assiette visée à l'article 33.

Pour les assurés ayant droit à une prestation en espèce le taux de cotisation est majoré de 0,5 pour cent, avec comme assiette le revenu professionnel visé aux articles 34 à 37, tout en respectant les limites définies à l'article 39.“

17° L'article 30 prend la teneur suivante:

„**Art. 30.** Le taux de cotisation est refixé par le comité directeur avec effet au premier janvier de l'année pour laquelle le budget fait apparaître que le montant de la réserve prévue à l'article 28, alinéa 1, se situe en dehors des limites y prévues.

Si dans les conditions prévues à l'alinéa qui précède, le comité directeur n'a pas refixé le taux au 1er décembre, celui-ci est arrêté par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Le taux de cotisation refixé est publié au Mémorial.“

18° L'article 31, alinéa 1 prend la teneur suivante:

„L'Etat supporte quarante pour cent des cotisations.“

19° L'article 32 est modifié comme suit:

a) L'alinéa 1, premier tiret prend la teneur suivante:

„- par parts égales aux assurés et aux employeurs en ce qui concerne les assurés visés à l'article 1er sous 1), 2), et 3);“

b) L'alinéa 1, 3e tiret prend la teneur suivante:

„- entièrement à charge de l'employeur en ce qui concerne les membres de l'armée, de la police grand-ducale ainsi que le personnel des établissements pénitentiaires et le personnel du Centre de rétention;“

c) L'alinéa 1, 4e tiret prend la teneur suivante:

„- par parts égales aux assurés et aux institutions débitrices des prestations en cause en ce qui concerne les assurés visés à l'article 1er sous 8), 9), 10), 11) et 20);“

d) L'alinéa 1, 6e tiret est complété par les termes „et 14)“.

e) L'alinéa 1, 8e tiret prend la teneur suivante:

„- à l'Etat en ce qui concerne les assurés visés à l'article 1er, sous 7), 13), 15), 16), 17), et 19).“

20° L'article 33 prend la teneur suivante:

„**Art. 33.** L'assiette de cotisation comprend:

- 1) le revenu professionnel visé aux articles 34 à 37 ainsi que les gratifications, participations et autres avantages même non exprimés en espèces dont l'assuré jouit en raison de son occupation soumise à l'assurance, à l'exclusion toutefois des majorations sur les heures supplémentaires; la valeur des rémunérations en nature est portée en compte suivant la valeur fixée par règlement grand-ducal;
- 2) l'ensemble des pensions et rentes de l'assuré visées à l'article 1er, alinéa 1, numéros 8) et 9);
- 3) tout revenu de remplacement sur lequel une retenue de cotisation au titre de la législation luxembourgeoise sur l'assurance maladie est prévue.

Pour les assurés volontaires, l'assiette de cotisation est fixée dans le cadre du règlement grand-ducal prévu à l'article 2, alinéa 4.

Pour les membres d'associations religieuses et les personnes qui leur sont assimilées, occupés dans un établissement appartenant à leur congrégation, l'assiette cotisable est constituée par le salaire social minimum de référence pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans au moins.

Pour les personnes bénéficiant d'un régime de pension spécial ou d'un régime de pension transitoire spécial pour les fonctionnaires et pour les personnes leur assimilées, l'assiette de cotisation est constituée par les éléments de rémunération visés aux articles 60, 80 et 85 de la loi du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois, y compris l'allocation de fin d'année.“

21° L'article 38 est abrogé.

22° L'article 40 est abrogé.

23° A l'article 43, les alinéas 1 et 2 prennent la teneur suivante:

„La personne âgée de plus de soixante-huit ans et assurée du chef d'une occupation, a droit sur demande au remboursement par année civile des cotisations à sa charge dues, le cas échéant, pour le financement des prestations en espèces.

Lorsque par suite du cumul de plusieurs activités ou prestations soumises à l'assurance, l'assiette de cotisation totale d'un assuré dépasse le maximum défini à l'article 39, alinéa 5, l'assuré a droit sur demande au remboursement par année civile de la part de cotisations correspondant à la différence lui incombant conformément à l'article 32 pour le financement des soins de santé et des prestations en espèces.“

24° L'article 46, alinéa 4 prend la teneur suivante:

„En matière de frais de soins de santé avancés par les assurés, d'indemnités pécuniaires de maladie et de maternité, d'indemnité funéraire concernant des assurés de la Caisse nationale de santé, le comité directeur siège en l'absence des délégués visés à l'alinéa 1, sous 2), 3) et 4), qui sont remplacés en l'occurrence par trois suppléants désignés par la Chambre des salariés parmi les suppléants des délégués visés à l'alinéa 1, sous 1.“

25° L'article 47 prend la teneur suivante:

„**Art. 47.** A la demande de l'assuré, toute question à portée individuelle à son égard en matière de prestations ou d'amendes d'ordre peut faire l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité directeur.

Tout litige au sujet d'un tarif en application des nomenclatures ou des conventions ou au sujet d'un dépassement des tarifs visés à l'article 66, alinéa 3 fait l'objet d'une décision du président du comité directeur ou de son délégué. Cette décision est notifiée à l'assuré et au prestataire de soins en cause. L'assuré ou le prestataire de soins peuvent porter le litige dans les quarante jours de la notification devant la Commission de surveillance prévue à l'article 72.

Si un litige porte tant sur une question visée à l'alinéa 1 que sur une question visée à l'alinéa 2, le litige visé à l'alinéa 2 doit être vidé préalablement.

Tout litige opposant un prestataire de soins à la Caisse nationale de santé dans le cadre de la prise en charge directe prévue à l'article 24 fait l'objet d'une décision du président ou de son délégué. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par le prestataire dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par la Commission de surveillance prévue à l'article 72 ou, s'il s'agit d'un hôpital, par la commission des budgets hospitaliers prévue à l'article 77.“

26° L'article 48 prend la teneur suivante:

„**Art. 48.** La Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics, la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux et l'entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois sont compétentes pour la liquidation des prestations de soins de santé avancées par les assurés ainsi que pour la liquidation de l'indemnité pécuniaire de maternité et de l'indemnité funéraire. Elles peuvent encore être chargées des attributions d'une agence au sens de l'article 413, alinéa 3, d'après les modalités y prévues.“

27° L'article 60 prend la teneur suivante:

„**Art. 60.** Les relations entre les prestataires de soins et l'assurance maladie sont réglées par les articles 74 à 79 ou les articles 61 à 73, suivant qu'il s'agit de prestations dispensées dans le secteur hospitalier ou en dehors de ce secteur.

Sont considérées comme prestations du secteur hospitalier toutes les prestations en nature dispensées à des assurés traités dans un hôpital, un établissement hospitalier spécialisé ou un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie au sens de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

Sans préjudice de l'article 64, alinéa 2, point 6), les actes et services des médecins et médecins-dentistes sont pris en charge conformément aux articles 61 à 73, même s'ils sont prestés dans le secteur hospitalier.

Les activités des médecins prises en charge moyennant le budget hospitalier ne donnent pas lieu à une rémunération suivant la nomenclature des actes.“

28° A la suite de l'article 60 il est inséré un nouvel article 60bis libellé comme suit:

„**Art. 60bis.** Tout prestataire de soins de santé visé à l'article 61, tout établissement hospitalier, tout réseau d'aides et de soins visé à l'article 389, tout établissement d'aides et de soins visé aux articles 390 et 391, dépositaire d'un dossier de soins ou d'éléments d'un tel dossier, de données médicales sous forme de rapports médicaux, de résultats d'analyses, de comptes rendus d'investigations diagnostiques, d'ordonnances ou de prescriptions, d'imagerie médicale ou de tout document ou effet intéressant l'état de santé ou le traitement thérapeutique d'un assuré, doit en donner communication, sur sa demande, au médecin référent, à tout médecin désigné par l'assuré et au Contrôle médical de la sécurité sociale.

Au cas où le dépositaire ne saurait produire les pièces dont il est réputé être dépositaire dans le délai de quinze jours à partir de la requête écrite de l'assuré, celui-ci peut demander la restitution des frais qu'il peut justifier avoir exposés pour les prestations afférentes, ce sans préjudice du droit de la Caisse nationale de santé de récupérer les frais qu'elle a supportés.

Les dispositions organisant la documentation des diagnostics, des prescriptions et des prestations effectuées peuvent être fixées par règlement grand-ducal.

29° A la suite de l'article 60bis il est inséré un nouvel article 60ter libellé comme suit:

„**Art. 60ter.** (1) Il est mis en place une „Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé“, désignée ci-après par l'„Agence“ qui a pour missions:

- 1) la réalisation, le déploiement, l'exploitation et la gestion administrative et technique d'une plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé, ainsi que d'applications et de systèmes informatiques de santé à l'échelle nationale, comportant:
 - le dossier de soins partagé dont question à l'article 60quater;
 - d'autres projets informatiques à envergure nationale visant à faciliter l'échange, le partage ou une meilleure utilisation des données de santé;
 - les systèmes électroniques de communication avec la plateforme et ses applications, les mécanismes de sécurité et les autres services de base y liés;
 - la communication de données avec des plateformes similaires dans d'autres Etats membres de l'Union européenne;
- 2) la promotion de l'interopérabilité et de la sécurité dans la mise en place de systèmes d'information de santé, moyennant:
 - la production et la promotion de référentiels contribuant à l'interopérabilité et à la sécurité des systèmes d'information de santé;
 - la mise en œuvre d'une convergence des systèmes d'information de santé grâce à l'implémentation des référentiels d'interopérabilité;
 - la veille des normes et standards pour les systèmes d'information en santé;
 - la collaboration avec les organisations internationales en charge de la standardisation dans le domaine des systèmes d'information de santé.
- 3) l'établissement et la tenue à jour d'un schéma directeur des systèmes d'information de santé, déclinant une stratégie nationale, articulée avec les priorités sanitaires du pays d'une part et les besoins d'échange et de partage des acteurs du secteur d'autre part. Ce schéma directeur organise en outre les projets et activités directement ou indirectement gérés par l'Agence, ainsi que les autres projets stratégiques de systèmes d'information contribuant au partage et à l'échange de données de santé, gérés directement par les acteurs du secteur;
- 4) le conseil des autorités de tutelle en matière des choix stratégiques des systèmes d'information de santé;
- 5) l'information des patients et prestataires sur les modalités opérationnelles et les mesures de sécurité en rapport avec le dossier de soins partagé et la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé.

L'Agence est soumise à l'autorité conjointe des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale. Elle soumet annuellement aux ministres de tutelle:

- le schéma directeur informatique dont question ci-avant;
- son rapport annuel;
- un budget prévisionnel pluriannuel, ainsi que les comptes de l'exercice écoulé.

(2) La fonction d'Agence est confiée à un groupement d'intérêt économique, regroupant l'Etat, la Caisse nationale de santé et le Centre commun de la sécurité sociale, ainsi que des organismes représentatifs des prestataires des soins et des associations représentant l'intérêt des patients.

L'Agence peut recourir aux services du Centre commun de la sécurité sociale pour la gestion des droits d'accès des personnes assurées et des prestataires de soins.

(3) Le financement des missions de l'Agence définies à l'alinéa 1 est pris en charge à raison de deux tiers par la Caisse nationale de santé et d'un tiers par l'Etat. L'Agence peut acquérir des fonds d'autres sources.

(4) L'Agence constitue le responsable du traitement des données à caractère personnel au sens de l'article 4 de la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement de données à caractère personnel."

30° A la suite de l'article 60ter il est inséré un nouvel article 60quater libellé comme suit:

„**Art. 60quater.** (1) L'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé tient à la disposition des prestataires et des patients un dossier de soins partagé.

(2) Le dossier de soins partagé regroupe les données médicales et autres informations concernant le patient, utiles et pertinentes afin de favoriser la sécurité, la continuité des soins, la coordination des soins, ainsi qu'une utilisation efficiente des services de soins de santé. Il comporte ainsi:

- 1) les actes et données médicaux mentionnés à l'article 60bis, alinéa 1;
- 2) les prescriptions effectuées dans le domaine des analyses de biologie médicale d'imagerie médicale et de médicaments, et le cas échéant les résultats y afférents;
- 3) l'historique et les comptes rendus de la prise en charge de certaines prestations de soins de santé;
- 4) des informations ou déclarations introduites par le patient lui-même.

(3) Dans le respect du secret médical et des finalités visées au présent article, l'accès au dossier de soins partagé est réservé au médecin référent, au médecin traitant et aux professionnels de santé participant à la prise en charge du patient.

(4) Chaque patient a un droit d'accès à son dossier de soins partagé et a un droit d'information sur les accès et l'identité des personnes ayant accédé à ce dossier. Il peut à tout moment s'opposer au partage de données le concernant au sein d'un dossier de soins partagé.

(5) L'Agence, la Direction de la santé, le Laboratoire national de santé, l'Inspection générale de la sécurité sociale et la Caisse nationale de la santé, échangent à l'aide de procédés automatisés ou non des informations rendues anonymes à des fins statistiques ou épidémiologiques. Les procédés automatisés se font moyennant interconnexion de données et sous garantie d'un accès sécurisé, limité et contrôlé.

(6) La Commission nationale pour la protection des données demandée en son avis, un règlement grand-ducal précise les modalités et conditions de la mise en place du dossier de soins partagé, notamment en ce qui concerne:

- 1) la procédure détaillée de création et de suppression du dossier de soins partagé;
- 2) la procédure et les modalités d'accès au dossier par le patient et les prestataires et les modalités d'après lesquels le patient peut accéder aux traces d'accès à son dossier de soins partagé;
- 3) la détermination de niveaux d'accès différents tenant compte des attributions des différentes catégories de prestataires et des différentes catégories de données;
- 4) les mesures nécessaires pour assurer un niveau de sécurité particulièrement élevé de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé;
- 5) les procédures, les nomenclatures et les terminologies standardisées, les formats et autres normes, de même que les modalités techniques suivant lesquelles les informations et documents électroniques sont à verser au dossier de soins partagé;
- 6) les délais dans lesquels les prestataires de soins, la Caisse nationale de santé et toute autre dépositaire ou détenteur d'éléments du dossier doit les verser au dossier de soins partagé;
- 7) le cas échéant, l'ouverture d'un dossier de soins partagé pour les bénéficiaires de soins de santé au pays qui ne sont pas des assurés résidents;
- 8) le cas échéant, les modalités de coopération et de transfert de données transfrontalières avec les autorités afférentes d'un autre Etat membre un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

Ce règlement grand-ducal précise également les modalités d'établissement et la forme des informations et des documents à verser au dossier de soins partagé."

31° L'article 61, alinéa 2, point 3) prend la teneur suivante:

„3) séparément pour les différentes professions de la santé;“

32° L'article 61, alinéa 2, point 12) prend la teneur suivante:

„12) concernant les soins palliatifs, pour les réseaux d'aides et de soins, les établissements d'aides et de soins visés respectivement aux articles 389 à 391.“

33° L'article 64 prend la teneur suivante:

„**Art. 64.** Les conventions déterminent obligatoirement:

- 1) les dispositions organisant la transmission et la circulation des données et informations entre les prestataires de soins, les assurés, le Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé ainsi que les caisses de maladie, notamment par des formules standardisées pour les honoraires et les prescriptions, par des relevés ou par tout autre moyen de communication;
- 2) les engagements relatifs au respect de la nomenclature des actes pour les prestataires concernés;
- 3) en cas de prise en charge directe par la Caisse nationale de santé, les conditions et les modalités de la mise en compte des intérêts légaux en cas de paiement tardif;
- 4) la périodicité exprimée en années de la révision des tarifs non établis moyennant une lettre-clé;
- 5) 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.

Pour les médecins et pour les médecins-dentistes, la convention détermine en outre obligatoirement:

- 1) les engagements relatifs au respect, dans le cadre des dispositions légales et réglementaires, de la liberté d'installation du médecin, du libre choix du médecin par le malade, de la liberté de prescription du médecin, du secret professionnel;
- 2) les dispositions garantissant une médication économique compatible avec l'efficacité du traitement, conforme aux données acquises par la science et conforme à la déontologie médicale;
- 3) les modalités du dépassement des tarifs visés à l'article 66, alinéa 3;
- 4) les modalités de diffusion des standards de bonne pratique médicale tels que définis à l'article 65bis;
- 5) les modalités de l'établissement des rapports d'activité des prestataires de soins prévus à l'article 418;
- 6) les domaines d'application de la rémunération salariée;
- 7) les rapports avec le médecin référent.

Pour les prestataires de soins autres que les médecins et médecins-dentistes constitués sous forme de personne morale, la convention détermine en outre obligatoirement l'engagement de tenir une comptabilité suivant un plan comptable uniforme complété par une partie analytique. Le plan comptable ainsi que les modalités et les règles de la comptabilité analytique sont fixés par la Caisse nationale de santé.

Pour les prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2 sous 3) et 12), la convention détermine en outre obligatoirement:

- 1) les lignes directrices ainsi que les standards de référence en matière de qualité;
- 2) l'engagement d'assurer la continuité des soins;
- 3) les modalités de la documentation des soins, de la facturation et du paiement des prestations fournies ainsi que de leur vérification.

Pour les pharmaciens, la convention détermine en outre obligatoirement les règles applicables en cas de substitution d'un médicament à un autre dans le cadre de l'application de l'article 22bis.“

34° L'article 65 prend la teneur suivante:

„**Art. 65.** Les actes, services professionnels et prothèses dispensés par les prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1) à 7) et 12) et pris en charge par l'assurance maladie-maternité sont inscrits dans des nomenclatures différentes.

Dans chacune des nomenclatures des prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1) à 4) et 12), chaque acte ou service est désigné par la même lettre-clé et par un coefficient. La lettre-clé est un signe dont la valeur en unité monétaire est fixée par voie conventionnelle. Le coefficient est un nombre exprimant la valeur relative de chaque acte professionnel inscrit dans chacune des nomenclatures visées au présent alinéa tenant compte de la durée, de la compétence technique et de l'effort intellectuel requis pour dispenser cet acte professionnel.

Dans la nomenclature des médecins les spécialités médicales et des normes de compétences spécifiques et d'expériences professionnelles sont détaillées. La nomenclature peut en outre prévoir une orientation prioritaire ou exclusive de la dispensation de certains actes vers des services et centres de compétences hospitaliers tels que définis dans la loi sur les établissements hospitaliers.

Lorsque l'acte ou le service professionnel implique l'utilisation d'un appareil, la nomenclature peut fixer un forfait couvrant les frais directs et indirects résultant de l'utilisation de l'appareil.

Les nomenclatures peuvent prévoir une cotation forfaitaire pour un ensemble d'actes ou services professionnels dispensés pour une période ou un traitement déterminé. Cette cotation forfaitaire s'impose pour les prestations de soins de la profession d'infirmier à l'égard des personnes dépendantes au sens du Livre V et pour les actes et services dispensés par les prestataires visés à l'article 61 alinéa 2 sous 12).

Elles peuvent également prévoir la réduction ou l'augmentation du tarif des actes et services dans des conditions qu'elles déterminent.

Les nomenclatures des actes, services professionnels et prothèses sont déterminées par des règlements grand-ducaux sur base d'une recommandation circonstanciée de la Commission de nomenclature.

La Commission de nomenclature se compose de:

- 1) deux membres dont le président, désignés par arrêté conjoint des ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale et la Santé; un membre doit avoir la qualité de médecin;
- 2) deux membres désignés par le comité directeur de la Caisse nationale de santé;
- 3) deux membres désignés par le ou les groupements signataires de la convention pour les médecins;
- 4) en fonction de la nomenclature en cause, deux membres désignés par le ou les groupements signataires de la convention concernée.

Lorsque la Commission de nomenclature est amenée à statuer en matière d'actes et services relevant de la nomenclature des médecins et dispensés en milieu hospitalier ou de la nomenclature des laboratoires d'analyses de biologie médicale, la composition de la Commission de nomenclature est complétée par deux membres devant avoir la qualité de médecin et désignés respectivement par arrêté conjoint des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale et par le groupement représentatif des hôpitaux.

Pour chaque membre effectif un membre suppléant est désigné d'après les modalités prévues ci-dessus.

La Commission est assistée dans l'accomplissement de ses missions par la Cellule d'expertise médicale, à laquelle elle demande des avis des affaires dont elle est saisie.

La Commission de nomenclature peut se saisir elle-même de toute affaire relative à ses attributions. Elle peut être saisie également de toute proposition d'inscription, de modification ou de suppression d'actes, services ou fournitures par les ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale ou la Santé, le Collège médical, le Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé, la Commission de surveillance ou encore par les parties signataires des conventions.

La modification du coefficient d'un acte ou service figurant dans la nomenclature doit intervenir avant le 1er décembre et ne prend effet que le 1er janvier de l'exercice suivant. Les effets de cette modification sont neutralisés par une adaptation correspondante de la lettre-clé qui s'ajoute à celle prévue à l'article 67 et qui se base sur le nombre des actes et services de l'avant-dernier exercice.

Le fonctionnement de la Commission, la procédure à suivre, les éléments constituant la demande standardisée d'inscription ainsi que l'indemnisation des membres et experts commis sont détermi-

nés par un règlement grand-ducal. Ce règlement grand-ducal peut également prévoir des modalités de validation provisoire et de révision obligatoire. Dans les votes au sein de la commission, celui du président prévaut en cas de partage des voix.

Les frais de fonctionnement de la commission sont entièrement à charge de l'Etat.“

35° A la suite de l'article 65 il est inséré un nouvel article 65bis ayant la teneur suivante:

„**Art. 65bis.** (1) Il est créé sous l'autorité des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale une Cellule d'expertise médicale qui a pour missions:

- 1) de proposer, en s'orientant suivant des référentiels acquis par la science, le libellé et les coefficients des actes, d'en produire une définition complète et d'en préciser les indications et les conditions d'application;
- 2) de s'enquérir de l'évaluation scientifique des dispositifs médicaux et de procéder à l'émission de recommandations pour leur bon usage permettant de déterminer le bien-fondé de la prise en charge par l'assurance maladie;
- 3) de collaborer à l'élaboration des standards de bonne pratique médicale prévues au paragraphe 2, alinéa 2 et à leur promotion auprès des professionnels de la santé;
- 4) d'analyser des avis concernant le résultat attendu d'un acte ou d'une source, en fonction de son intérêt diagnostique ou thérapeutique, de son impact sur la santé de la population et de son impact financier;
- 5) d'assurer le secrétariat et l'appui technique de la Commission de nomenclature et du Conseil scientifique.

La Cellule d'expertise médicale, qui est rattachée administrativement à l'Inspection générale de la sécurité sociale, est composée de façon pluridisciplinaire par des agents détachés par le Contrôle médical de la sécurité sociale, la Direction de la santé ou affectés par l'Inspection générale de la sécurité sociale.

La Cellule peut conclure des accords de partenariat avec des services spécialisés nationaux ou internationaux en vue de la réalisation de ses missions.

La Cellule peut s'adjoindre des experts. Elle doit fournir des expertises à la demande des ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale ou la Santé ou la Caisse nationale de santé. Ces expertises ne peuvent porter sur l'évaluation de l'état de santé, de diagnostics ou traitements de patients individuels.

(2) Il est institué sous l'autorité des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale un Conseil scientifique du domaine de la santé qui a pour mission d'élaborer et de contribuer à la mise en œuvre de standards de bonnes pratiques médicales.

Les standards de bonne pratique médicale sont des recommandations développées selon une méthode explicite pour aider le médecin et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données. L'objectif de tels standards de bonnes pratiques médicales est d'informer les professionnels de santé, les patients et les usagers du système de santé sur l'état de l'art et les données acquises de la science afin d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins.

Le Conseil scientifique collabore étroitement avec la Cellule d'expertise médicale en ce qui concerne la documentation et la recherche en matière de bonnes pratiques médicales, leur promotion auprès des professionnels de santé ainsi que la désignation d'experts et la conclusion de conventions dans le domaine des bonnes pratiques médicales.

Un règlement grand-ducal détermine la composition et le fonctionnement du conseil ainsi que l'indemnisation de ses membres et experts.“

36° L'article 66 prend la teneur suivante:

„**Art. 66.** Les tarifs des actes et des services professionnels opposables aux prestataires sont fixés en multipliant les coefficients prévus à l'article 65, alinéas 2 et 3, par la valeur des lettres-clés respectives.

Les valeurs des lettres-clés des nomenclatures des prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1) à 3) et 12) 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.

Toutefois, les conventions pour les médecins et pour les médecins-dentistes prévoient obligatoirement les modalités du dépassement, à charge des assurés, des tarifs fixés conformément à l'alinéa qui précède:

- 1) pour les convenances personnelles sollicitées par les personnes protégées en milieu hospitalier et ambulatoire;
- 2) après devis préalable pour les prothèses et autres prestations dentaires dépassant l'utile et le nécessaire.“

37° L'article 69 prend la teneur suivante:

„**Art. 69.** En l'absence d'accord avant le 31 décembre sur l'adaptation 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.

A défaut d'entente collective:

- 1) sur l'élaboration d'une nouvelle convention après un délai de négociation de six mois suivant la convocation faite par la Caisse nationale de santé;
- 2) sur l'adaptation de la convention dans les six mois suivant la dénonciation totale ou partielle de l'ancienne convention;
- 3) sur les dispositions obligatoires de la convention visées à l'article 64 et à l'article 66, alinéa 3, après un délai de négociation de six mois suivant la convocation faite par la Caisse nationale de santé,

l'Inspection générale de la sécurité sociale convoque les parties en vue de la désignation d'un médiateur.

Si les parties ne s'entendent pas sur la personne du médiateur, celui-ci est désigné par tirage au sort sur une liste comprenant six personnes ayant accepté cette mission. Cette liste est établie pour la durée de cinq années par les parties signataires de la convention et, à défaut, par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Le médiateur peut s'adjoindre un ou plusieurs experts. Il est assisté d'un fonctionnaire à mettre à sa disposition par l'Inspection générale de la sécurité sociale pour assurer le secrétariat administratif.

Un règlement grand-ducal détermine la procédure à suivre, les indemnités et les autres modalités d'application du présent article.“

38° L'article 70 prend la teneur suivante:

„**Art. 70.** (1) Lorsque la médiation déclenchée en vertu de l'article 69, alinéa 1, n'aboutit pas à un accord sur l'adaptation de la lettre-clé, le médiateur dresse un procès-verbal de non-conciliation qu'il transmet au Conseil supérieur de la sécurité sociale.

Le Conseil supérieur de la sécurité sociale rend une sentence arbitrale qui n'est susceptible d'aucune voie de recours. Elle doit être prononcée avant l'expiration de l'ancienne convention.

(2) Lorsque la médiation déclenchée en vertu de l'article 69, alinéa 2 n'aboutit pas, dans un délai de trois mois à partir de la nomination d'un médiateur, à une convention ou à un accord sur les dispositions conventionnelles obligatoires, le médiateur dresse un procès-verbal de non-conciliation qu'il transmet au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Les dispositions obligatoires de la convention sont alors fixées par voie de règlement grand-ducal.

(3) Les conventions et les sentences arbitrales s'appliquent à l'ensemble des prestataires dans leurs relations avec les personnes couvertes par l'assurance maladie-maternité. Elles sont applicables non seulement aux prestataires exerçant pour leur propre compte, mais également aux médecins et médecins-dentistes exerçant sous tout autre régime ainsi qu'aux autres prestataires exerçant dans le secteur extrahospitalier sous le régime du contrat de travail ou d'entreprise.“

39° L'article 71 est abrogé.

40° L'article 72 prend la teneur suivante:

„**Art. 72.** Il est institué auprès du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale une Commission de surveillance, composée d'un président et de quatre délégués. En cas d'empêche-

ment du président, la Commission est présidée par un vice-président. Le président et le vice-président sont nommés en raison de leur compétence juridique dans le domaine de la sécurité sociale, par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. Le président et le vice-président sont assistés par un secrétariat permanent, rattaché au ministère de la Sécurité sociale.

Pour chaque affaire le président désigne les quatre délégués suivant les modalités suivantes:

- 1) deux délégués sont choisis par le président sur une liste de dix personnes établie par le comité directeur de la Caisse nationale de santé. Cinq des délégués figurant sur cette liste représentent les secteurs visés aux points 1 à 4 de l'article 46 et cinq autres délégués les secteurs visés aux points 5 à 8 du même article;
- 2) pour les affaires mettant en cause un médecin ou un médecin-dentiste, le troisième délégué est choisi sur une liste de cinq personnes établie par le Collège médical et le quatrième délégué est choisi sur une liste de cinq personnes établie par le groupement représentatif des médecins et des médecins-dentistes;
- 3) pour les affaires mettant en cause un autre prestataire visé à l'article 61, alinéa 2 que celui visé au point précédent, le troisième délégué est choisi sur une liste de cinq personnes établie par le Conseil supérieur des professions de santé et le quatrième délégué est choisi sur une liste de cinq personnes établie par chaque groupement professionnel signataire d'une des conventions visées à l'article 61, alinéa 2.

A défaut de listes présentées par le comité directeur de la Caisse nationale de santé, le Collège médical, le groupement représentatif des médecins et des médecins-dentistes, le Conseil supérieur des professions de santé ou les groupements professionnels signataires d'une des conventions visées à l'article 61, alinéa 2, il appartient au ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions de les établir.

Le directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale ou son délégué peut assister avec voix consultative aux réunions de la commission.

Un règlement grand-ducal détermine le fonctionnement de la Commission, la procédure à suivre ainsi que l'indemnisation des membres et des experts commis. Les frais de fonctionnement sont entièrement à charge de l'Etat."

41° L'article 72bis prend la teneur suivante:

„**Art. 72bis.** La Commission de surveillance est compétente:

- 1) pour les litiges lui déferés par les prestataires de soins en application des articles 47, alinéa 4 et 146, alinéa 2;
- 2) pour les litiges lui déferés par un assuré ou par un prestataire de soins en application des articles 47, alinéa 2 et 51, alinéa 2.

Si, dans les litiges visés à l'alinéa 1, sous le numéro 1), la Commission de surveillance décide que c'est à tort que la Caisse nationale de santé a refusé le paiement ou opéré un redressement des factures présentées, elle prononce le paiement ou le redressement qui s'impose au profit du prestataire de soins.

Dans les litiges visés à l'alinéa 1, sous le numéro 2), la Caisse nationale de santé ou la caisse de maladie et, suivant le cas, l'assuré ou le prestataire de soins sont mis en intervention par le président de la Commission de surveillance. Si la Commission de surveillance décide que le prestataire n'a pas respecté les tarifs fixés en vertu des nomenclatures, des conventions ou des stipulations relatives au dépassement des tarifs, elle prononce la restitution à l'assuré de la somme indûment mis en compte. Dans le cas contraire, elle liquide les droits de l'assuré conformément aux lois, règlements et statuts.

Les décisions de la Commission de surveillance prises en application du présent article sont susceptibles d'un recours à introduire par l'institution d'assurance maladie ou d'assurance accident, l'assuré ou le prestataire de soins devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

L'appel est porté devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale quelle que soit la valeur du litige. L'appel a un effet suspensif."

42° L'article 73 prend la teneur suivante:

„**Art. 73.** La Commission de surveillance est en outre compétente pour examiner les rapports d'activité au sens de l'article 418 lui soumis par le directeur du Contrôle médical de la sécurité

sociale, ainsi que les faits signalés par le président de la Caisse nationale de santé ou le président d'une caisse de maladie susceptibles de constituer une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles auxquelles sont astreints les prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, ainsi que les personnes placées sous leur autorité ou agissant pour leur compte. Le directeur et les présidents peuvent déléguer ce pouvoir à un fonctionnaire ou employé dirigeant de leur administration ou institution.

L'instruction a pour objet de constater dans le chef des prestataires visés à l'article 61, alinéa 2:

- 1) l'inobservation des dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ayant abouti ou tenté d'aboutir à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation de soins de santé ou en espèces par l'assurance maladie-maternité;
- 2) le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fautive, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information par l'institution de sécurité sociale compétente ou par le Contrôle médical de la sécurité sociale;
- 3) les agissements ayant pour effet de faire obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'institution de sécurité sociale compétente;
- 4) les manquements aux formalités administratives imposées par les dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles;
- 5) le refus du prestataire de reporter dans le dossier de soins partagé les éléments issus de chaque acte ou consultation, dès lors que l'assuré ne s'est pas explicitement opposé au report de cet acte ou consultation dans son dossier de soins partagé;
- 6) la prescription ou l'exécution de prestations superflues ou inutilement onéreuses en violation de l'article 23, alinéa 1;
- 7) les agissements exposant l'assuré à des dépassements d'honoraires non conformes aux dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles.

La Commission de surveillance peut procéder à des mesures d'investigation qu'elle peut déléguer au président ou au vice-président. Elle peut recourir aux services d'experts et demander l'avis à la Cellule d'expertise médicale.

Si, à la clôture de son instruction, la Commission de surveillance estime être en présence d'une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles au sens de l'alinéa 2, elle renvoie l'affaire devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

La Commission de surveillance peut préalablement à sa décision de renvoi décider de recourir à une médiation débouchant le cas échéant sur une transaction s'il lui apparaît qu'une telle mesure est susceptible de mettre fin aux pratiques contraires aux dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles visées à l'alinéa 2 tout en assurant la réparation du préjudice économique subi par la Caisse nationale de santé."

43°A la suite de l'article 73 il est inséré un nouvel article 73bis libellé comme suit:

„Art. 73bis. Pour les affaires renvoyées par la Commission de surveillance, le Conseil arbitral de la sécurité sociale examine le rapport d'instruction de la Commission de surveillance et peut, après une procédure contradictoire en présence du prestataire, d'une part, et du directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale ou de son délégué ou bien du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué, d'autre part, prononcer à l'encontre du prestataire concerné, en fonction de la nature et de la gravité des faits dont il est reconnu coupable:

- 1) une amende d'ordre au profit de la Caisse nationale de santé, ne pouvant dépasser vingt cinq mille euros. En cas de récidive dans un délai de deux ans l'amende d'ordre ne peut être ni inférieure à vingt cinq mille euros ni supérieure à cinq cent mille euros;
- 2) la restitution, à la Caisse nationale de santé, des montants indûment perçus, augmentés des intérêts légaux;
- 3) la soumission obligatoire et exclusive, pendant une période de cinq ans au plus, du prestataire au régime conventionnel prévoyant une prise en charge directe par la Caisse nationale de santé de toutes les prestations effectuées pour compte des assurés;

4) la limitation du nombre d'actes et de services professionnels par assuré en moyenne que le prestataire ne peut pas dépasser pendant une période future de trois années au plus, sous peine de restitution des honoraires afférents. Ce maximum peut s'appliquer à tout ou partie de l'activité du prestataire.

Les jugements du Conseil arbitral de la sécurité sociale sont susceptibles d'appel devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale quelle que soit la valeur du litige. L'appel qui, sous peine de forclusion, doit intervenir dans les quarante jours de la notification du jugement du Conseil arbitral de la sécurité sociale, a un effet suspensif.

Les montants à payer ou à restituer par le prestataire en application des dispositions du présent article ou de celui qui précède peuvent être compensés par la Caisse nationale de santé avec d'autres créances du prestataire ou être recouvrés par le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 429.“

44° L'article 74 prend la teneur suivante:

„**Art. 74.** Sur base d'un rapport d'analyse prévisionnel établi par l'Inspection générale de la sécurité sociale, la Caisse nationale de la santé et la Commission permanente pour le secteur hospitalier demandées en leur avis, le gouvernement fixe dans les années paires, au 1er octobre au plus tard, une enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier pour les deux exercices à venir.

Les éléments de l'enveloppe sont établis sur base de l'évolution démographique de la population résidente, de la morbidité, des pratiques d'une médecine basée sur des preuves scientifiques et en tenant compte de la croissance économique du pays. L'enveloppe budgétaire globale et les budgets spécifiques des hôpitaux tiendront compte des dispositions du plan hospitalier, des spécificités des services spécialisés et nationaux et des centres de compétences, ainsi que des obligations découlant de la participation au service médical d'urgence.

Un règlement grand-ducal précise les règles d'établissement de l'enveloppe budgétaire globale et des budgets spécifiques des hôpitaux, ainsi que les éléments à inclure de façon forfaitaire.

En tenant compte de l'enveloppe budgétaire globale, la Caisse nationale de santé prend en charge les prestations du secteur hospitalier d'après des budgets arrêtés séparément pour chaque hôpital visé à l'article 60, alinéa 2 sur base de son activité prévisible pour deux exercices à venir. Sont opposables à la Caisse nationale de santé les coûts convenus entre la Caisse nationale de santé et l'hôpital des activités dûment autorisées en application de la législation hospitalière. Les budgets comprennent l'amortissement des investissements mobiliers et immobiliers dans la mesure où ils sont conformes au plan hospitalier et n'ont pas été financés par les pouvoirs publics. Dans la mesure où l'investissement est soumis à une autorisation préalable en vertu d'une disposition légale ou réglementaire, l'amortissement n'est opposable que si cette autorisation a été accordée.

Ne sont pas opposables à la Caisse nationale de santé les prestations étrangères à l'objet de l'assurance maladie tel que défini à l'article 17 et de l'assurance accidents tel que défini à l'article 97, celles faites à titre de convenance personnelle de la personne protégée et celles fournies à des personnes non protégées au titre des livres I et II du présent code ou d'une convention bi- ou multilatérale en matière de sécurité sociale.

Sont portées en déduction des budgets hospitaliers opposables, les coûts des prestations opposables, rémunérées individuellement ou sous forme de forfaits, et les participations des personnes protégées.

Pour les activités administratives, logistiques et auxiliaires médicales, la prise en charge peut être subordonnée à une organisation nationale des activités visées conformément aux dispositions prévues dans la loi sur les établissements hospitaliers.

Les actes et prestations dispensés par un laboratoire hospitalier en milieu extrahospitalier et figurant dans la nomenclature des actes et des services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique sont pris en charge suivant les modalités régissant le milieu extrahospitalier. Un acte ou une prestation sont considérés comme effectués en milieu extrahospitalier s'ils sont dispensés au bénéfice d'un patient ambulatoire sans qu'un lien direct existe avec une prise en charge médicale concomitante en polyclinique ou sur un plateau médico-technique de l'établissement hospitalier en question.

Chaque hôpital doit tenir une comptabilité suivant un plan comptable uniforme complété par une partie analytique reflétant les coûts liés aux différents services hospitaliers et différenciant les charges et recettes liées aux activités opposables ou non opposables à l'assurance maladie-maternité. Le plan comptable ainsi que les modalités et les règles de la comptabilité analytique sont fixés par la Caisse nationale de santé.

Afin que la comptabilité analytique puisse prendre en compte le coût de l'activité médicale hospitalière et différencier les coûts liés aux différents traitements et aux prestations fournies par patient, la Caisse nationale de santé met à disposition de l'établissement hospitalier le relevé des actes prestés aux patients par les médecins y agréés."

45° L'article 77 prend la teneur suivante:

„**Art. 77.** Annuellement avant le 1er avril, l'Inspection générale de la sécurité sociale élabore une circulaire servant aux hôpitaux pour l'établissement de leurs budgets et comprenant l'estimation de l'évolution prévisible des facteurs économiques exogènes intervenant dans l'établissement des budgets.

Chaque établissement hospitalier soumet son budget pour les deux exercices à venir au plus tard le 1er juillet à la Caisse nationale de santé.

Avant le 1er janvier, la Caisse nationale de santé soumet par écrit tout différend éventuel à une commission des budgets hospitaliers instituée dans le cadre de la convention prévue à l'article 75. Cette commission est composée de deux représentants de la Caisse nationale de santé et de deux représentants des hôpitaux, dont un de l'hôpital concerné, ainsi que d'un président désigné d'un commun accord par les parties. Si les parties ne s'entendent pas sur la personne du président, celui-ci est désigné d'après les modalités prévues à l'article 69, alinéa 2.

La commission est chargée d'une mission de conciliation dans le cadre de l'établissement des budgets à arrêter entre la Caisse nationale de santé et les différents hôpitaux. Si la commission ne parvient pas à concilier les parties dans les deux mois de la saisine, elle tranche le litige en dernier ressort avant le 1er mars."

46° L'article 78 prend la teneur suivante:

„**Art. 78.** La Caisse nationale de santé verse au début de chaque mois à chaque hôpital un montant correspondant à un douzième des frais annuels non liés à l'activité, prévus au budget établi conformément aux dispositions de l'article qui précède.

Les frais directement proportionnels à l'activité non couverts par des forfaits sont payés mensuellement en fonction des unités d'œuvre accomplies dans les différentes entités fonctionnelles de l'hôpital sur base d'un état justificatif comprenant par cas traité les unités d'œuvre réalisées.

Les forfaits sont payés mensuellement sur base d'un état justificatif."

47° L'article 79 est complété d'un nouvel alinéa 3 libellé comme suit:

„Au plus tard douze mois après la fin de l'exercice en question, la Caisse nationale de santé arrête le décompte définitif."

48° L'article 84, alinéa 4 est complété par la phrase suivante:

„Il en est de même du remboursement par la Mutualité des employeurs des charges salariales pendant la période prévue à l'article L. 121-6 du Code du travail."

49° L'article 150 prend la teneur suivante:

„**Art. 150.** La charge des cotisations incombe à l'employeur en ce qui concerne les assurés visés à l'article 85 sous 1), 2), 3), 6), 9), 10) et 11), à la congrégation religieuse en ce qui concerne les assurés visés à l'article 85 sous 4) et à l'Etat en ce qui concerne les assurés visés à l'article 85 sous 5). La cotisation est à charge de l'assuré visé à l'article 85 sous 7), le cas échéant, en lieu et place du ou des assurés visés sous 8) du même article."

50° L'article 172, alinéa 1, point 7) prend la teneur suivante:

„7) les périodes à partir du 1er janvier 1990 pendant lesquelles une personne a assuré des soins au bénéficiaire d'une allocation de soins prévue par la loi du 22 mai 1989, d'une allocation spéciale pour personnes gravement handicapées au titre de la loi modifiée du 16 avril 1979, d'une majoration de la rente accident pour impotence ou d'une majoration de complément du revenu minimum garanti prévu par l'article 3, alinéa 4 de la loi modifiée du 26 juillet 1986;"

51° L'article 240, alinéa 1, points 1) et 2) prennent la teneur suivante:

„1) par parts égales aux assurés et aux employeurs pour autant qu'il s'agisse de périodes visées à l'article 171, 1), 5) et 11);

2) entièrement à charge de l'Etat pour les assurés visés à l'article 171, 8) et 12);“

52° L'article 249 prend la teneur suivante:

„**Art. 249.** Les conditions et modalités d'application de l'article 248 peuvent faire l'objet d'un règlement grand-ducal.“

53° L'article 306, paragraphe 6 prend la teneur suivante:

„(6) L'indemnité est suspendue pendant la période du droit à l'indemnité pécuniaire de maternité prévu à l'article 25 du Code de la sécurité sociale.“

54° A l'article 349, alinéa 2 les termes „aux articles 356, paragraphes 2 et 3, et 361“ sont remplacés par les termes „aux articles 356, paragraphe 1 et 2, et 361“.

55° L'article 349, alinéa 4 prend la teneur suivante:

„Le bénéfice des prestations du présent livre est encore ouvert si la personne protégée requiert des soins palliatifs.“

56° L'article 350, paragraphe 6 prend la teneur suivante:

„(6) Par dérogation aux dispositions qui précèdent, la personne bénéficiaire de soins palliatifs a droit en dehors des actes essentiels de la vie, aux prestations prévues à l'article 350, paragraphe 2, et à la prise en charge des produits nécessaires aux aides et soins et des aides techniques prévues à l'article 356, paragraphe 1. Ces prestations sont dispensées dans les limites prévues à l'article 353, sur base du relevé-type d'après les besoins effectifs constatés par le prestataire d'aides et de soins. Les modalités d'ouverture du droit aux prestations prévues ci-avant peuvent être précisées par règlement grand-ducal.“

57° L'article 377, alinéa 1 prend la teneur suivante:

„La contribution dépendance sur les revenus professionnels et les revenus de remplacement est due par les personnes assurées en vertu des articles 1er à 6. Toutefois, elle est à charge de l'assuré principal, de la congrégation ou de l'Etat pour les personnes visées respectivement au numéro 5), au numéro 6) et aux numéros 7), 13) et 15) de l'article 1er dans les conditions prévues à l'article 32.“

58° L'article 393 prend la teneur suivante:

„**Art. 393.** (1) La Commission de surveillance instituée par l'article 72, composée conformément au paragraphe 3 du présent article, est également compétente pour connaître des litiges lui déférés par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance ou par un des prestataires visés aux articles 389, 390 et 391 au sujet de l'application des lois, règlements ou conventions prévues au livre V du présent Code. Lorsque le litige porte sur la facturation de prestations à charge de l'assurance dépendance, la Commission de surveillance prononce la restitution des sommes indûment mises en compte par le prestataire ou, suivant le cas, la liquidation en faveur du prestataire, des créances indûment retenues par l'organisme gestionnaire. Les décisions de la Commission de surveillance sont susceptibles d'un recours à introduire par les parties au litige devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

(2) La Commission de surveillance est également compétente pour instruire les affaires qui sont portées devant elle par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance sur base des faits signalés par le chargé de direction de la Cellule d'évaluation et d'orientation ou par son délégué susceptibles de constituer une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles auxquelles sont astreints les prestataires visés aux articles 389, 390, 391 et 394, ainsi que les personnes placées sous leur autorité ou agissant pour leur compte.

L'instruction a pour objet de constater dans le chef des prestataires visés aux articles 389, 390, 391 et 394:

- 1) toute inobservation des dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ayant abouti ou tenté d'aboutir à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation en nature ou en espèces par l'assurance dépendance;
- 2) le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fautive, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une infor-

mation par l'institution de sécurité sociale compétente ou par la Cellule d'évaluation et d'orientation;

- 3) tout agissement ayant pour effet de faire obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'institution de sécurité sociale compétente ou de la Cellule d'évaluation et d'orientation;
- 4) tout manquement aux formalités administratives imposées par les dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles;
- 5) le refus du prestataire de reporter dans le dossier de soins partagé les éléments issus de chaque acte ou consultation, dès lors que l'assuré ne s'est pas explicitement opposé au report de cet acte ou consultation dans son dossier de soins partagé;
- 6) la prescription ou l'exécution de prestations superflues ou inutilement onéreuses en violation de l'article 349, alinéa 3.

(3) Pour chaque affaire le président désigne les quatre délégués suivant les modalités suivantes:

- 1) deux délégués sont choisis par le président sur une liste de dix personnes établie par le comité directeur de la Caisse nationale de santé composé conformément à l'article 381. Six délégués figurant sur cette liste représentent les secteurs visés aux points 1 à 4 de l'article 46 et quatre délégués les secteurs visés aux points 5 à 7 du même article;
- 2) deux délégués sont choisis par le président sur une liste de dix personnes établie par chaque groupement professionnel signataire d'une convention prévue à l'article 388bis.

A défaut de listes présentées par le comité directeur de la Caisse nationale de santé composé conformément à l'article 381 ou par les groupements professionnels signataires d'une convention prévue à l'article 388bis, il appartient au ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions de les établir.

Le chargé de direction de la Cellule d'évaluation et d'orientation ou son délégué peut assister avec voix consultative aux réunions de la commission.

L'article 72, alinéas 1 et 5 sont applicables.“

59° L'article 393bis prend la teneur suivante:

„**Art. 393bis.** Dans le cadre de son instruction visée à l'article 393, paragraphe 2, la Commission de surveillance convoque le ou les prestataires pour les entendre dans leurs explications. Elle peut décider la mise en intervention du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué et du chargé de direction de la Cellule d'évaluation et d'orientation ou de son délégué. Elle peut décider la jonction d'affaires.

La Commission de surveillance peut procéder à toute mesure d'investigation qu'elle peut déléguer au président ou au vice-président. Elle peut recourir au service d'experts et demander un avis à la Cellule d'évaluation et d'orientation.

Si, à la clôture de son instruction, la Commission de surveillance estime être en présence d'une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles au sens de l'article 393, paragraphe 2, alinéa 2, elle renvoie l'affaire devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

La Commission de surveillance peut préalablement à sa décision de renvoi décider de recourir à une médiation débouchant le cas échéant sur une transaction s'il lui apparaît qu'une telle mesure est susceptible de mettre fin aux pratiques contraires aux dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles visées à l'article 393, paragraphe 2, alinéa 2, tout en assurant la réparation du préjudice économique subi par la Caisse nationale de santé.“

60° A la suite de l'article 393bis il est inséré un nouvel article 393ter ayant la teneur suivante:

„**Art. 393ter.** Pour les affaires renvoyées par la Commission de surveillance, le Conseil arbitral de la sécurité sociale examine le rapport d'instruction de la Commission de surveillance et peut, après une procédure contradictoire en présence du prestataire, d'une part, et du chargé de direction de la Cellule d'évaluation et d'orientation ou de son délégué ou bien du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué, d'autre part, prononcer à l'encontre du prestataire concerné, en fonction de la nature et de la gravité des faits dont il est reconnu coupable:

- 1) une amende d'ordre au profit de l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance, ne pouvant dépasser vingt cinq mille euros. En cas de récidive dans un délai de deux ans l'amende d'ordre ne peut être ni inférieure à vingt cinq mille euros ni supérieure à cinq cent mille euros;

2) la restitution, à la Caisse nationale de santé, des montants indûment perçus, augmentés des intérêts légaux.

Les jugements du Conseil arbitral de la sécurité sociale sont susceptibles d'appel devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale quelle que soit la valeur du litige. L'appel qui, sous peine de forclusion, doit intervenir dans les quarante jours de la notification du jugement du Conseil arbitral de la sécurité sociale a un effet suspensif.

Les montants à payer ou à restituer par le prestataire en application des dispositions du présent article peuvent être compensés par la Caisse nationale de santé avec d'autres créances du prestataire ou être recouvrés par le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 429."

61° L'article 418 prend la teneur suivante:

„**Art. 418.** Une administration de l'Etat dénommée „Contrôle médical de la sécurité sociale“, placée sous la haute autorité du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale a dans ses attributions:

- 1) la constatation de l'incapacité de travail au sens de l'article 9 du Code de la sécurité sociale;
- 2) la constatation de l'invalidité selon les critères de l'article 187 du même Code;
- 3) la constatation du préjudice physiologique et d'agrément et, le cas échéant, la fixation de son taux définitif sur base du barème visé à l'article 119;
- 4) les avis et examens médicaux en vue de déterminer les douleurs physiques endurées et le préjudice esthétique sur base des échelles visées à l'article 120;
- 5) les avis et examens médicaux en relation avec la perte de salaire en matière d'assurance accident, les procédures de reclassement ou les mesures de reconversion professionnelle;
- 6) les examens de contrôle périodiques en relation avec l'incapacité de travail, l'hospitalisation et les cures;
- 7) l'autorisation de la prise en charge des traitements médicaux, médico-dentaires et paramédicaux, pour autant qu'elle est prescrite par les lois, règlements ou statuts, et leur surveillance;
- 8) l'avis au sujet des normes à établir par les statuts conformément à l'article 23 en vue de définir la consommation abusive de soins de santé par les assurés;
- 9) la constatation au moyen des rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes établis par la Caisse nationale de santé par voie informatique selon les modalités arrêtées en vertu de l'article 64, alinéa 2, point 5) avec la collaboration du Centre commun de la sécurité sociale, sur base de la banque de données afférente de l'Association d'assurance accident, de la Caisse nationale de santé et des caisses de maladie, de toute déviation injustifiée de l'activité professionnelle du prestataire;
- 10) l'étude, l'examen et la recommandation de mesures appropriées en matière de prévention et de réadaptation;
- 11) l'autorisation de la prise en charge de prothèses, orthèses et épithèses de tous genres, la surveillance de leur mise en place en bonne et due forme et le contrôle périodique afférent;
- 12) la vérification et le contrôle périodique des maladies ou infirmités donnant droit à des indemnités ou subventions à charge d'institutions ou de services à caractère social conformément aux dispositions légales, réglementaires ou statutaires;
- 13) les avis et examens médicaux en vue de l'octroi des cartes de priorité et d'invalidité;
- 14) la participation à l'établissement de statistiques concernant l'état de santé des personnes protégées;
- 15) la participation à l'information et à la formation continue du corps médical en matière de législation sociale;
- 16) les avis à fournir à la demande de la Caisse nationale de santé, notamment en matière de médicaments visés aux articles 22, 22bis et 22ter et des prestations de soins;
- 17) la constatation du droit aux soins palliatifs;
- 18) l'assistance à la Caisse nationale de santé dans le cadre du contrôle des mémoires d'honoraires établis par les prestataires de soins;

19) la saisine de la Commission de nomenclature en vue de l'introduction de nouveaux actes, de la précision du libellé d'actes litigieux ou de la révision d'actes existants.

Les attributions prévues à l'alinéa 1, points 1) à 6) et 12), sont exercées également pour les incapacités de travail indemnisées au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail, suivant des critères à définir par les statuts de la Caisse nationale de santé.

Les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale à caractère médical et à portée individuelle s'imposent aux institutions et administrations concernées qui peuvent demander de la part du Contrôle médical la motivation de son avis en vue d'appuyer leur position devant le Conseil arbitral et le Conseil supérieur de la sécurité sociale. Sans préjudice des dispositions qui précèdent, le Conseil arbitral et le Conseil supérieur de la sécurité sociale peuvent en tout état de cause instituer des experts indépendants. Si l'avis du Contrôle médical a été contredit par expertise médicale en première instance, l'institution ou l'administration concernée juge elle-même de l'opportunité de l'appel.

Si pour une même personne il y a contrariété entre les avis d'un médecin-conseil du Contrôle médical de la sécurité sociale et la Cellule d'évaluation et d'orientation, l'affaire est portée devant le médecin directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale qui arrête l'avis définitif.

En vue de l'attribution visée à l'alinéa 1, point 9, le Contrôle médical de la sécurité sociale est autorisé à créer une banque de données des incapacités de travail de tous les assurés. Les employeurs sont tenus de transmettre au Contrôle médical de la sécurité sociale, le cas échéant, sur support informatique les données nominatives concernant les congés de maladie des personnes relevant des caisses visées à l'article 44.

62° L'article 454, paragraphe 3, alinéa 6 prend la teneur suivante:

„Les chambres professionnelles désignent les candidats par vote secret à l'urne au scrutin de liste, suivant les règles de la représentation proportionnelle, l'ordre de présentation des candidats se faisant suivant les résultats obtenus lors de ce vote. En cas d'égalité de voix, la priorité revient au candidat le plus âgé. Les conditions et les modalités de la désignation des candidats sont déterminées par règlement grand-ducal.“

Art. 2. La loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers est modifiée comme suit:

1° L'article 1 est modifié comme suit:

a) Le point c) de l'alinéa 1 prend la teneur suivante:

„c) aux établissements d'accueil pour personnes en fin de vie;“

b) La définition de l'alinéa 5, sous c) prend la teneur suivante:

„c) „établissement d'accueil pour personnes en fin de vie“, tout établissement qui répond principalement aux besoins des personnes en fin de vie qui y accueillies, à l'exclusion de soins à visée principalement curative;“

2° L'article 2 prend la teneur suivante:

„**Art. 2.** Le ministre ayant dans ses attributions la Santé assure la coordination de tous les établissements hospitaliers.

Un plan hospitalier national répondant tant aux besoins sanitaires du pays, qu'aux contraintes d'une utilisation efficiente des ressources du système hospitalier, en coordination avec les autres prestataires de soins de santé, sera établi par règlement grand-ducal, le collège médical et la Commission permanente pour le secteur hospitalier demandés en leurs avis, et sur la base des données à fournir par la carte sanitaire du Grand-Duché.

En fonction des besoins sanitaires nationaux, le plan hospitalier:

- arrête les modalités détaillées selon lesquelles sont classés les différents établissements hospitaliers et procède au classement des établissements existants;
- définit les différents services hospitaliers pouvant être autorisés, ainsi que pour chacun de ces services le nombre maximal autorisable au niveau national;
- définit les différents centres de compétences pouvant être autorisés, ainsi que pour chaque centre de compétences le nombre maximal autorisable au niveau national;
- détermine les actes techniques qui doivent être effectués exclusivement en milieu hospitalier.

Les services à caractère unique prendront la dénomination de services nationaux. Les centres de compétences à caractère unique prendront la dénomination de centres de compétences nationaux.

Pour chaque service hospitalier, le plan hospitalier peut fixer les nombres minimal et maximal de médecins autorisés à y exercer. Ces nombres seront fixés en fonction des impératifs de continuité des soins et d'activité moyenne minimale par médecin requise.

3° L'article 3 est modifié comme suit:

a) L'énumération de l'alinéa 1 est complétée par un point e) nouveau, ainsi rédigé:

„e) l'inventaire des établissements ou services prestataires en milieu extrahospitalier collaborant activement avec le secteur hospitalier dans le cadre de filières de soins intégrées ou de centres de compétences.“

b) L'alinéa 3 prend la teneur suivante:

„Le ministre ayant dans ses attributions la Santé peut par ailleurs recourir aux données dépersonnalisées des administrations publiques, des établissements publics ou d'autres organismes luxembourgeois ou étrangers, ainsi que des différents établissements hospitaliers, relatives:

- aux séjours hospitaliers des différents patients: diagnostics, interventions, techniques spéciales, services d'hospitalisation et durée de séjour, âge, date d'admission, destination du patient après sortie;
- à l'utilisation des équipements médicaux des établissements hospitaliers: fréquence des différentes prestations par patient hospitalisé et ambulatoire, nombre de patients;
- à la fréquence et aux raisons du recours aux établissements hospitaliers étrangers.“

4° L'article 7, paragraphe 1 prend la teneur suivante:

„(1) Lorsqu'il appert, au vu d'un rapport du Directeur de la Santé qu'un établissement ou service hospitalier:

- ne répond plus aux normes établies conformément à l'article 10 de la présente loi, ou
- ne respecte pas les conditions particulières lui imposées dans l'intérêt de la santé publique conformément aux articles 2 et 4 de la présente loi, ou
- contrevient de façon itérative aux dispositions de la présente loi,

le ministre ayant dans ses attributions la Santé mettra l'organisme gestionnaire de l'établissement en question en demeure de se conformer aux normes dans un délai qu'il fixera et qui ne pourra pas être inférieur à une année ni dépasser cinq ans. Passé ce délai et à défaut par l'organisme gestionnaire de s'être conformé aux prescriptions, le ministre ayant dans ses attributions la Santé peut ordonner la fermeture de l'établissement ou du service après avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier. Ces avis doivent être fournis dans le mois de leur saisine.“

5° L'article 10, alinéa 2, point 2) prend la teneur suivante:

„2) l'aménagement et l'organisation de chaque type de service, notamment les conditions minima concernant les infrastructures, les équipements, le personnel tant médical que certaines professions de santé ainsi que les procédures, les activités, et les modalités de documentation de l'activité, ainsi que l'évaluation des résultats d'activités.“

6° L'article 12 prend la teneur suivante:

„**Art. 12.** Sur décision de leurs organismes gestionnaires respectifs, des établissements hospitaliers peuvent mettre en commun des activités et bénéficier à ce titre des aides prévues à l'article qui précède, lorsqu'ils procèdent à des investissements communs.

Ces mises en commun doivent respecter les impératifs en matière de sécurité, de continuité des soins et de qualité de la prise en charge.“

7° L'article 13, alinéa 2 prend la teneur suivante:

„Un règlement grand-ducal détermine les modalités détaillées de la procédure de demande, notamment en ce qui concerne:

- les délais et modalités d'instruction du dossier;
- les pièces justificatives à joindre;

- les cas dans lesquels une étude des besoins et de l'impact sur le système de santé est requise, ainsi que l'étendue et les modalités de cette étude.“

8° L'article 18 prend la teneur suivante:

„**Art. 18.** Il est institué un commissaire de Gouvernement aux hôpitaux, qui est nommé par le Gouvernement en Conseil sur proposition du ministre ayant dans ses attributions la Santé.

La mission du commissaire consiste à:

- contrôler l'affectation des subventions publiques;
- contrôler la gestion administrative et financière des hôpitaux;
- faire des propositions en relation avec une meilleure utilisation des ressources;
- faciliter les projets d'intérêt commun des établissements hospitaliers;
- de tenir, sur base des informations à fournir par les établissements hospitaliers, le registre des médecins agréés dans les différents services hospitaliers.

Le commissaire de gouvernement peut prendre connaissance sans déplacement, des livres, procès-verbaux, factures et généralement de toutes les écritures relatives aux opérations administratives et financières de l'établissement. Il peut assister avec voix consultative aux délibérations de toute commission ou organe consultatif sous tutelle du ministre ayant dans ses attributions la Santé, lorsqu'un tel organe est saisi d'une question concernant le secteur hospitalier.

Il rend notamment compte de sa mission au ministre ayant dans ses attributions la Santé au moyen d'un rapport annuel qu'il adresse avant le 1er avril de l'année suivant l'exercice budgétaire visé.“

9° L'article 19 est modifié comme suit:

a) L'alinéa 2, point 5) prend la teneur suivante:

„5) les projets d'établissement.“

b) L'alinéa 4 prend la teneur suivante:

„La commission se compose:

- de deux représentants du ministre ayant dans ses attributions la Santé dont l'un est le Directeur de la Santé ou son représentant;
- de deux représentants du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité Sociale dont l'un est le directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale ou son représentant;
- d'un représentant du ministre ayant dans ses attributions le Budget;
- de trois représentants de la Caisse nationale de santé dont l'un est le président ou son représentant;
- de deux représentants proposés par le groupement le plus représentatif des hôpitaux luxembourgeois;
- de deux représentants des professions de la santé dont l'un est médecin proposé par l'association la plus représentative des médecins et médecins-dentistes et l'autre professionnel de santé proposé par le conseil supérieur des professions de santé.“

c) Les alinéas 8 et 9 prennent la teneur suivante:

„La commission est présidée par le directeur de la Santé ou son représentant. Elle peut se constituer en sous-commissions de travail et s'adjoindre des experts. Les avis de la commission sont pris dans le délai fixé par le ministre ayant dans ses attributions la Santé à la majorité des voix, chaque membre pouvant faire constater son vote au procès-verbal et y faire joindre un exposé de ses motifs. Le vote séparé et l'exposé des motifs sont transmis aux ministres compétents. En cas d'égalité des voix, celle du président est prépondérante.

Si les représentants de la Caisse nationale de santé opinent que la décision à prendre comporte des répercussions financières importantes pour l'assurance maladie-maternité, ils demandent une prolongation du délai fixé afin de faire examiner la proposition soumise par expertise à charge de la Caisse nationale de santé. La prolongation doit être accordée par le ministre ayant dans ses attributions la Santé et ne saurait être inférieure à trois mois.“

10° L'article 23 prend la teneur suivante:

„**Art. 23.** Dans chaque hôpital, groupement d'hôpitaux et établissement hospitalier spécialisé, l'organisme gestionnaire met en place des structures et des mécanismes de gestion des risques,

d'évaluation et de promotion de la qualité des prestations, ainsi que de prévention, de signalement et de lutte contre les événements indésirables, y inclus la prévention et le contrôle de l'infection nosocomiale.

La coordination nationale des structures visées à l'alinéa qui précède est assurée par le Comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières. Les frais de fonctionnement et les indemnités des membres du Comité national de coordination sont à charge du budget de l'Etat.

Un règlement grand-ducal précise les missions et la composition minimale de ces structures, les modalités relatives à leur coordination, ainsi que l'indemnité des membres du Comité national de coordination.“

11° L'article 26 est modifié comme suit:

a) L'alinéa 1 prend la teneur suivante:

„Dans les hôpitaux, l'activité médico-soignante s'exerce dans des services médicaux autorisés conformément aux articles 4 et 5 et structurés conformément aux projets de service établis en cohérence avec le projet d'établissement dont question à l'article 22.

Chaque service constitue une unité d'organisation et de gestion comportant une ou plusieurs unités de soins. Par unité de soins on entend une unité fonctionnelle soit d'hospitalisation, soit médico-technique, prenant en charge des patients, située dans une même enceinte architecturale et relevant d'une dotation et d'une gestion commune.

L'organisation médicale et soignante des services médicaux est fixée dans le règlement général de l'hôpital.“

b) L'alinéa 5 est abrogé.

12° A la suite de l'article 26 est introduit un article 26bis nouveau, rédigé comme suit:

„**Art. 26bis.** Un „centre de compétences“ au sens des articles 2 et 3 est une entité organisationnelle qui rassemble à l'intérieur d'un ou plusieurs établissements hospitaliers des ressources d'un ou plusieurs services assurant une prise en charge interdisciplinaire intégrée de patients présentant une pathologie ou un groupe de pathologies.

La création d'un centre de compétences est soumise à autorisation du ministre ayant la Santé dans ses attributions qui demande au préalable l'avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier.

La demande d'autorisation est introduite par le groupement le plus représentatif des hôpitaux luxembourgeois sous forme d'un projet de centre de compétences.

Ce projet précise:

- les disciplines médicales impliquées, le domaine d'activité médicale projeté;
- les objectifs quantitatifs et qualitatifs visés;
- les ressources et équipements à y affecter spécifiquement pour atteindre ces objectifs, y inclus le nombre de lits et d'emplacements dans le ou les établissements abritant le centre;
- les modalités d'organisation médicale et soignante et de gestion du centre;
- les qualifications et compétences déterminant les modalités d'agrément des médecins et, le cas échéant, d'autres professionnels de santé collaborant dans le centre;
- l'organisation et les moyens mis en place pour assurer la continuité des prises en charge afférentes, conformes aux acquis de la science;
- la composition du conseil scientifique;
- le contenu minimal du rapport d'activité annuel;
- les modalités d'accompagnement par un comité d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières.

Le ministre peut fixer des conditions ou modes spécifiques de prise en charge, des formes et règles de collaboration avec d'autres prestataires intervenant dans la filière de prise en charge en amont ou en aval du centre de compétences.

L'autorisation est accordée si le projet de centre de compétences répond aux besoins de la population fixés dans le plan hospitalier visé à l'article 2. Le refus d'autorisation doit être motivé.

Un règlement grand-ducal précise les modalités et les détails de la procédure à suivre pour l'obtention, la prolongation et le retrait de l'autorisation, ainsi que les missions et modalités d'organisation de fonctionnement et de désignation du Conseil scientifique.“

13° L'article 29 est complété comme suit:

„Des médecins-coordonateurs, nommés par l'organisme gestionnaire, participent au sein du département médical et sans préjudice des attributions de la direction médicale, au développement et à la coordination de l'activité médicale d'un ou d'un groupement de services hospitaliers conformément aux objectifs du ou des projet(s) de service afférents et aux orientations du projet d'établissement.

Ils assurent des fonctions de coordination et de planification de l'activité médicale du ou des service(s) et veillent:

- au bon fonctionnement du ou des services et à la qualité des prestations;
- à la standardisation de la prise en charge de patients;
- à l'utilisation efficiente des ressources disponibles.

Ils exercent leurs missions en collaboration avec le responsable des soins et le pharmacien responsable.

Dans l'exercice de leurs missions ils disposent d'un droit de regard sur l'activité de tous les intervenants du ou des services.

Un règlement grand-ducal précise le statut, les missions et les attributions des médecins-coordonateurs, ainsi que les modalités de leur désignation.“

14° L'article 31 prend la teneur suivante:

„**Art. 31.** Le médecin hospitalier est lié à l'établissement hospitalier soit par un contrat de travail, soit par un contrat de collaboration. Le médecin hospitalier exerce son activité à titre principal ou accessoire dans un ou plusieurs services hospitaliers sous sa propre responsabilité et sans lien de subordination sur le plan médical.

Le médecin:

- respecte le cadre défini par le règlement général visé à l'article 23;
- participe à la continuité des soins et des gardes;
- déclare et documente ses prestations effectuées à l'hôpital;
- participe à la démarche qualité et à la prévention des risques;
- utilise de manière efficiente les ressources disponibles.“

Les contrats de collaboration des prestataires de soins non salariés exerçant dans les hôpitaux et établissements hospitaliers spécialisés doivent correspondre à un contrat-type, dont le contenu minimal est arrêté d'un commun accord entre les différents groupements professionnels des prestataires de soins et les groupements des hôpitaux prévus à l'article 62 du code des assurances sociales. A défaut de cet accord, le ministre de la Santé peut arrêter le contrat-type.“

15° L'article 33 prend la teneur suivante:

„**Art. 33.** La pharmacie hospitalière, obligatoire dans tout hôpital et établissement hospitalier visé à l'article 1er sous a) à c), fonctionne sous l'autorité et la surveillance d'un pharmacien-gérant.

Elle peut fonctionner sous forme d'un service intégré à l'établissement hospitalier ou être assurée à travers une structure interne réduite associée à une structure en dehors de l'établissement hospitalier, de façon à garantir la continuité des soins et les besoins urgents de l'établissement hospitalier. La structure en dehors de l'établissement hospitalier peut être une pharmacie hospitalière intégrée à un autre établissement hospitalier ou une structure à part commune à plusieurs établissements hospitaliers.

Un règlement grand-ducal détermine les conditions auxquelles la pharmacie hospitalière ou la structure à part doit répondre, en ce qui concerne:

- les exigences et modalités d'organisation et d'aménagement, y inclus les surfaces et équipements minimaux requis;
- les exigences et conditions auxquelles le pharmacien-gérant, les pharmaciens-assistants et le personnel doivent répondre, ainsi que leur statut et leurs attributions;

- les conditions et exigences minimales du stock pharmaceutique;
- l'organisation de la distribution des médicaments et autres produits relevant de la pharmacie hospitalière dans des conditions de sécurité et de qualité optimales, en assurant leur traçabilité;
- les catégories de médicaments ou autres produits relevant de la pharmacie hospitalière qui peuvent être délivrés à des patients ne séjournant pas à l'hôpital, ainsi que les modalités et conditions sous lesquelles la délivrance peut se faire.“

16° Les articles 16, 21, 34 et 35 sont abrogés.

Dispositions financières

Art. 3. Par dérogation à l'article 28, alinéa 1er du Code de la sécurité sociale, la limite inférieure de la réserve y prévue est réduite pour l'exercice 2011 à 5,5 pour cent, pour l'exercice 2012 à 6,5 pour cent, pour l'exercice 2013 à 7,5 pour cent et pour l'exercice 2014 à 8,5 pour cent.

Art. 4. Par dérogation aux articles 65, alinéa 2, et 67 à 70 du Code de la sécurité sociale, les valeurs des lettres-clés des prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, points 1 à 7 et 12 sont maintenues par rapport à leur valeur applicable au 31 décembre 2010 au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 pour la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2012.

Toutefois pour la même période, et par dérogation à l'alinéa précédent, la valeur de la lettre-clé de la nomenclature des médecins est fixée à 0,51109 à l'indice 100, celle de la nomenclature des médecins-dentistes est fixée à 0,62021 à l'indice 100 et celle de la nomenclature des infirmiers est fixée à 0,65251 à l'indice 100.

Art. 5. Par dérogation à l'article 65 du Code de la sécurité sociale, un règlement grand-ducal détermine les réductions nécessaires à opérer sur les coefficients des actes et services prévus dans les nomenclatures des médecins et des médecins-dentistes applicables au 31 décembre 2010, afin de dégager au profit de l'assurance maladie-maternité une économie correspondant pour l'exercice 2011 par rapport aux dépenses arrêtés dans le décompte de 2009 de la Caisse nationale de santé, à un montant de 6 millions d'euros au minimum et de 6,5 millions d'euros au maximum.

La Caisse nationale de santé et les groupements professionnels représentatifs des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique déterminent, dans le cadre et suivants les modalités prévues à l'article 65 du Code de la sécurité sociale, les adaptations à apporter aux coefficients des actes de la nomenclature afférente, afin de dégager au profit de l'assurance maladie-maternité une économie correspondant pour l'exercice 2011, par rapport aux dépenses arrêtées dans le décompte de l'exercice 2009 de la Caisse nationale de santé, à un montant de 2 millions d'euros au minimum et de 2,5 millions d'euros au maximum. Au cas où les mesures susceptibles d'engendrer les économies prévues ne peuvent entrer en vigueur pour le 1er avril 2011, les adaptations tarifaires correspondantes sont opérées par dérogation aux dispositions de l'article 65 précité par voie de règlement grand-ducal.

Art. 6. Par dérogation à l'article 74 du Code de la sécurité sociale, la progression annuelle, au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948, de l'enveloppe budgétaire globale pour la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2012 par rapport à l'année 2010 est fixée à 3 pour cent.

L'article 77 est suspendu pour les années 2011 et 2012.

Chaque établissement hospitalier soumet son budget pour les deux exercices à venir au plus tard le 1er mars 2011 à la Caisse nationale de santé.

Avant le 1er mai 2011, la Caisse nationale de santé soumet par écrit tout différend éventuel à une commission des budgets hospitaliers instituée dans le cadre de la convention prévue à l'article 75. Cette commission est composée de deux représentants de la Caisse nationale de santé et de deux représentants des hôpitaux, dont un de l'hôpital concerné, ainsi que d'un président désigné d'un commun accord par les parties. Si les parties ne s'entendent pas sur la personne du président, celui-ci est désigné d'après les modalités prévues à l'article 69, alinéa 2.

La commission est chargée d'une mission de conciliation dans le cadre de l'établissement des budgets à arrêter entre la Caisse nationale de santé et les différents hôpitaux. Si la commission ne parvient pas à concilier les parties dans les deux mois de la saisine, elle tranche le litige en dernier ressort avant le 1er juillet 2011.

Dispositions abrogatoires

Art. 7. L'article 18bis de la loi modifiée du 11 avril 1983 portant réglementation de la mise sur le marché et de la publicité des médicaments est abrogé.

Art. 8. L'article 2, alinéa 5 de la loi modifiée du 17 mai 2004 relative à la concurrence est abrogée.

Dispositions transitoires

Art. 9. En attendant la constitution de la Commission de nomenclature suivant les modalités de désignation prévues par la présente loi, ses attributions sont provisoirement exercées par la Commission de nomenclature en fonction au 31 décembre 2010 jusqu'au 30 juin 2011.

Art. 10. Les autorisations d'exploitation d'un service de base d'un établissement hospitalier, accordés par le ministre ayant la Santé dans ses attributions en application du règlement grand-ducal du 13 mars 2009 établissant le plan hospitalier national et déterminant les missions et la composition minimales des structures d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières et les modalités de coordination nationale de ces structures, restent valables.

Art. 11. Les anciens articles 47, 51, 72, 72bis, 73, 146, alinéa 2, 383, 393 et 393bis du Code de la sécurité sociale demeurent applicables pour les litiges ayant fait l'objet d'une décision présidentielle de l'institution compétente avant le 31 décembre 2010.

Aux fins de la constitution de la Commission de surveillance visée aux articles 72, 73, 73bis, 393, 393bis et 393ter nouveaux du Code de la sécurité sociale, il sera procédé au cours du mois de janvier 2011 aux nominations et à l'établissement des listes d'après les dispositions de la présente loi.

Art. 12. Par dérogation aux dispositions de l'article 69, alinéa 2, point 3) du Code de la sécurité sociale, le premier délai de négociation disponible pour l'élaboration des dispositions obligatoires de la convention visées à l'article 64 et à l'article 66, alinéa 3 est fixé à dix-huit mois à partir de la convocation faite par la Caisse nationale de santé.

Art. 13. (1) Aux fins de la mise en place de la Cellule d'expertise médicale les ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale sont autorisés à procéder, au courant de l'exercice 2011, par dépassement des nombres limites prévus par la loi budgétaire à l'engagement, à titre permanent et à tâche complète:

- 1) pour les besoins de la Direction de santé d'un fonctionnaire de la carrière supérieure du médecin-chef de service;
- 2) pour les besoins du Contrôle médical de la sécurité sociale d'un fonctionnaire de la carrière supérieure du médecin-conseil;
- 3) pour les besoins de l'Inspection générale de la sécurité sociale de deux fonctionnaires de la carrière moyenne du rédacteur et de deux employés de l'Etat de la carrière S pouvant se prévaloir d'une formation respectivement en économie de la santé et en sciences mathématiques.

(2) Pour les emplois prévus dans la carrière S au paragraphe 1 sous 3), l'Inspection générale de la sécurité sociale peut procéder par dérogation à l'article 3, alinéa 2 de la loi modifiée du 27 janvier 1972 fixant le régime des employés de l'Etat à l'engagement de l'expert en économie de la santé occupé actuellement dans le cadre d'un contrat de prestations de service et de la licenciée en mathématiques occupée dans le cadre d'un projet de recherche.

(3) Par dépassement des nombres limites fixées dans la loi budgétaire, le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale est autorisé à procéder au courant de l'exercice 2011 à l'engagement, à titre permanent et à tâche complète, de deux fonctionnaires de la carrière supérieure du médecin-conseil pour les besoins du Contrôle médical de la sécurité sociale.

(4) Par dépassement des nombres limites fixées dans la loi budgétaire, le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale est autorisé à procéder au courant de l'exercice 2011 à l'engagement, à

titre permanent et à tâche complète, d'un fonctionnaire de la carrière supérieure pouvant se prévaloir d'une formation en économie ou en statistiques et d'un fonctionnaire de la carrière moyenne du rédacteur pour les besoins de l'Inspection générale de la sécurité sociale.

Art. 14. L'Etat prend en charge, jusqu'au 31 décembre 2013, une dotation annuelle de 20 millions d'euros au profit de l'assurance maladie-maternité destinée à compenser de façon forfaitaire les charges supplémentaires incombant à la Caisse nationale de santé du fait de l'incorporation des prestations en espèces de maternité dans le régime général de l'assurance maladie-maternité.

L'Inspection générale de la sécurité sociale est chargée d'évaluer cette somme avant l'échéance susvisée.

Entrée en vigueur

Art. 15. La présente loi sort ses effets au 1er janvier 2011, à l'exception de:

- l'article 1er, point 8 introduisant un nouvel article 19bis dans le Code de la sécurité sociale qui entre en vigueur le 1er janvier 2012;
- l'article 1er, point 11 introduisant un nouvel article 22bis dans le Code de la sécurité sociale qui entre en vigueur le 1er janvier 2012;
- l'article 1er, point 12 introduisant un nouvel article 22ter dans le Code de la sécurité sociale et de l'article 8 du projet de loi qui entrent en vigueur le 1er septembre 2011;
- l'article 1er, point 46 modifiant l'article 74, alinéa 7 du Code de la sécurité sociale qui entre en vigueur le 1er avril 2011.

Luxembourg, le 9 décembre 2010

La Présidente-Rapporteuse,
Lydia MUTSCH

6196/12

N° 6196¹²

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2010-2011

PROJET DE LOI**portant réforme du système de soins de santé et modifiant:**

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

* * *

**DEPECHE DU PRESIDENT DE LA CHAMBRE DES DEPUTES
AU PRESIDENT DU CONSEIL D'ETAT**

(14.12.2010)

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous informer qu'une erreur matérielle s'est glissée dans le texte du projet de loi sous rubrique, tel qu'il a été adopté par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale dans son rapport du 9 décembre 2010.

L'article 15 est à lire comme suit:

„La présente loi sort ses effets au 1er janvier 2011, à l'exception de:

- l'article 1er, point 8 introduisant un nouvel article 19bis dans le Code de la sécurité sociale qui entre en vigueur le 1er janvier 2012;
- l'article 1er, point 10 introduisant un nouvel article 22bis dans le Code de la sécurité sociale qui entre en vigueur le 1er janvier 2012;
- l'article 1er, point 11 introduisant un nouvel article 22ter dans le Code de la sécurité sociale et de l'article 8 du projet de loi qui entrent en vigueur le 1er septembre 2011;
- l'article 1er, point 46 modifiant l'article 74, alinéa 7 du Code de la sécurité sociale qui entre en vigueur le 1er avril 2011.“

Le texte du projet de loi adopté par la Chambre des Députés en sa séance publique du 14 décembre 2010 tient compte de cette erreur matérielle.

Tout en vous présentant les excuses de la Chambre des Députés pour cette malencontreuse inadvertance, je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments très distingués.

Le Président de la Chambre des Députés,

Laurent MOSAR

Service Central des Imprimés de l'Etat

6196/13

N° 6196¹³

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2010-2011

PROJET DE LOI**portant réforme du système de soins de santé et modifiant:**

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

* * *

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

(15.12.2010)

La Commission se compose de: Mme Lydia MUTSCH, Présidente-Rapportrice; Mme Sylvie ANDRICH-DUVAL, MM. Eugène BERGER, Félix BRAZ, Mme Claudia DALL'AGNOL, MM. André HOFFMANN, Lucien LUX, Mme Martine MERGEN, MM. Paul-Henri MEYERS, Jean-Paul SCHAAF, Marc SPAUTZ et Carlo WAGNER, Membres pour le volet Sécurité sociale – M. Jean COLOMBERA, Mme Lydie ERR et M. Jean HUSS, Membres pour le volet Santé.

*

Le projet de loi a été voté le 14 décembre 2010. Lors de la relecture du texte coordonné, il s'est avéré que des erreurs de renvoi se sont glissées dans le corps de l'article 15. Lors de sa réunion du 15 décembre 2010, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale a décidé de redresser ces erreurs et de soumettre le texte corrigé à un nouveau vote de la Chambre des Députés, fixé, sous réserve de l'accord de cette dernière, au 16 décembre 2010. Ce vote remplacera le vote du 14 décembre 2010.

Par conséquent, l'article 15 se lira comme suit:

Art. 15. La présente loi sort ses effets au 1er janvier 2011, à l'exception de:

- l'article 1er, point 8 7 introduisant un nouvel article 19bis dans le Code de la sécurité sociale qui entre en vigueur le 1er janvier 2012;
- l'article 1er, point 10 introduisant un nouvel article 22bis dans le Code de la sécurité sociale qui entre en vigueur le 1er janvier 2012;
- l'article 1er, point 11 introduisant un nouvel article 22ter dans le Code de la sécurité sociale et de l'article 8 du projet de loi qui entrent en vigueur le 1er septembre 2011;
- l'article 1er, point 46 44 modifiant l'article 74, alinéa 7 8 du Code de la sécurité sociale qui entre en vigueur le 1er avril 2011.

*

Sous le bénéfice de la réflexion qui précède, 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:

*

**TEXTE COORDONNE PROPOSE PAR LA COMMISSION
DE LA SANTE ET DE LA SECURITE SOCIALE**

PROJET DE LOI

portant réforme du système de soins de santé et modifiant:

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

Art. 1er. Le Code de la sécurité sociale est modifié comme suit:

1° L'article 2, alinéa 1 prend la teneur suivante:

„La personne qui est âgée de dix-huit ans au moins, qui réside au Grand-Duché de Luxembourg et qui perd la qualité d'assuré obligatoire ou la protection en qualité de membre de famille au sens de l'article 7 après en avoir bénéficié pendant une période continue de six mois précédant immédiatement la perte de cette qualité, peut demander à continuer son assurance. La condition de continuité ne vient pas à défaillir par une interruption de moins de huit jours. La demande doit être présentée au Centre commun de la sécurité sociale sous peine de forclusion dans un délai de trois mois suivant la perte de l'affiliation.“

2° L'article 8 prend la teneur suivante:

„**Art. 8.** L'assurance a principalement pour objet, dans les limites fixées par la présente loi et les statuts:

- le paiement d'une prestation en espèces sous forme d'indemnité pécuniaire de maladie ou d'indemnité pécuniaire de maternité;
- la prise en charge des soins de santé;
- l'organisation et la prise en charge de mesures de médecine préventive et la participation à celles-ci;
- le paiement d'une indemnité funéraire.“

3° A l'article 10, l'alinéa 1 prend la teneur suivante:

„Pour les salariés, l'indemnité pécuniaire de maladie est calculée sur la base du revenu professionnel défini à l'article 34 relatif aux affiliations en cours au moment de la survenance de l'incapacité de travail et respectant les limites définies à l'article 39.“

4° L'article 12, alinéa 1 prend la teneur suivante:

„Pour les non salariés, l'indemnité pécuniaire est calculée sur la base du revenu professionnel défini aux articles 35 et 36 relatif aux affiliations en cours au moment de la survenance de l'incapacité de travail et respectant les limites définies à l'article 39. Si la période indemnisée est inférieure à un mois, chaque jour est compté uniformément pour un trentième du mois. Toute modification du revenu professionnel implique le recalcul de l'indemnité pécuniaire.“

5° L'article 17 prend la teneur suivante:

„**Art. 17.** Sont pris en charge dans une mesure suffisante et appropriée:

- 1) les soins de médecine;
- 2) les soins de médecine dentaire;
- 3) les traitements effectués par des professionnels de santé;
- 4) les analyses de biologie médicale;
- 5) les orthèses, prothèses, épithèses et implants dentaires;
- 6) les médicaments, le sang humain et les composants sanguins;
- 7) les dispositifs médicaux;
- 8) les traitements effectués en milieu hospitalier;
- 9) les frais de séjour à l'hôpital en cas d'accouchement et en cas d'hospitalisation sauf pour le cas de simple hébergement;
- 10) les cures thérapeutiques et de convalescence;

- 11) les soins de rééducations et de réadaptations fonctionnelles;
- 12) les frais de transport des malades;
- 13) les soins palliatifs suivant les modalités d'attribution précisées par règlement grand-ducal.

Est considéré comme simple hébergement le séjour à l'hôpital d'une personne pour laquelle les soins en vue de sa guérison, de l'amélioration de son état de santé ou de l'atténuation de ses souffrances peuvent être dispensés en dehors du milieu hospitalier. Ces critères peuvent être précisés par règlement grand-ducal.

Des mesures de médecine préventive peuvent être organisées en collaboration avec la Direction de la santé dans le cadre de conventions de partenariat conclues entre les ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale, la Caisse nationale de santé et, le cas échéant, des services spécialisés.“

6° L'article 19, alinéa 3 prend la teneur suivante:

„Cependant dans des cas exceptionnels à constater par la Caisse nationale de santé sur base d'un certificat circonstancié du médecin traitant, l'acte ne figurant pas dans la nomenclature peut être pris en charge sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale qui fixe un tarif en assimilant cet acte à un autre acte de même importance.“

7° A la suite de l'article 19 il est inséré un nouvel article 19bis libellé comme suit:

„**Art. 19bis.** L'assuré peut désigner un médecin référent avec l'accord de celui-ci qui a pour missions:

- 1) d'assurer le premier niveau de recours aux soins;
- 2) d'assurer les soins de prévention et contribuer à la promotion de la santé;
- 3) de suivre régulièrement le contenu du dossier de soins partagé de l'assuré visé à l'article 60quater;
- 4) de superviser le parcours de l'assuré dans le système de soins de santé et de sensibiliser le patient par rapport aux risques liés aux doubles emplois, à la surconsommation et aux effets secondaires;
- 5) de coordonner les soins dans les cas de pathologies lourdes ou chroniques ou de soins de longue durée;
- 6) d'informer, d'orienter et de conseiller le patient dans son parcours de soins.

Un règlement grand-ducal détermine les modalités de désignation, de reconduction et de changement du médecin référent ainsi que de son remplacement en cas d'absence.“

8° L'article 21 prend la teneur suivante:

„**Art. 21.** La prise en charge des actes, services et fournitures se fait suivant les conditions, modalités et taux déterminés par les statuts.“

9° L'article 22 prend la teneur suivante:

„**Art. 22.** (1) La prise en charge des médicaments dispensés dans les pharmacies ouvertes au public se fait selon une liste positive à publier au Mémorial.

Les décisions d'inscrire ou non un médicament sur la liste ou d'en exclure une catégorie ou un produit déterminé doivent être basées sur les critères découlant des articles 17, alinéa 1 et 23, alinéa 1.

Par dérogation aux dispositions prévues à l'article 23, alinéa 1, peuvent encore être inscrits sur la liste positive les médicaments homéopathiques unitaires fabriqués à partir d'une souche végétale, minérale ou chimique et commercialisés sous forme de globules, granules, comprimés ou gouttes.

La liste des médicaments est établie par les statuts, la Direction de la santé, division de la pharmacie et des médicaments et le Contrôle médical de la sécurité sociale demandés en leur avis. La décision d'exclure une catégorie de médicaments de cette liste s'opère dans la même forme.

Ne peuvent être inscrits sur la liste positive que des médicaments disposant d'une autorisation de mise sur le marché, d'un prix au public et pour lesquels le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché a introduit une demande auprès de la Caisse nationale de santé en vue de l'inscription du médicament sur la liste positive.

(2) Le président de la Caisse nationale de santé ou son délégué prend les décisions relatives:

- 1) à l'inscription ou non des médicaments sur la liste positive et décide du taux de prise en charge qui leur est applicable. Il décide pareillement de l'exclusion d'un médicament de la liste positive;
- 2) à la première inscription ou au retrait des médicaments de la liste des principes actifs soumis à la base de remboursement prévue à l'article 22bis.

Les décisions visées à l'alinéa précédent sous 1) sont prises sur base d'un avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale. Cet avis s'impose au président.

Les décisions du président ou de son délégué sont acquises à défaut d'une opposition écrite formée par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché dans les quarante jours de la notification. L'opposition, qui est suspensive, est vidée par le comité directeur.

(3) Pour des motifs d'intérêt général ou de santé publique, des médicaments répondant aux critères définis selon le paragraphe 1, alinéa 2, mais pour lesquels aucune demande n'a été introduite, peuvent être inscrits d'office sur la liste positive par le comité directeur de la Caisse nationale de santé, la Direction de la santé, division de la pharmacie et des médicaments et le Contrôle médical de la sécurité sociale demandés en leur avis.

(4) Un règlement grand-ducal précise les critères et détermine la procédure relative à l'inscription ou non d'un médicament sur la liste positive ou à son exclusion de ladite liste. Ce même règlement peut préciser les critères et déterminer la procédure relative à l'inscription des dispositifs médicaux dans les listes statutaires de l'assurance maladie."

10° A la suite de l'article 22 il est inséré un nouvel article 22bis libellé comme suit:

„Art. 22bis. La Direction de la santé établit sur base de la classification scientifique internationale dénommée „Anatomical therapeutical chemical classification“ de l'Organisation mondiale de la santé une liste des groupes de médicaments, appelés groupes génériques, comportant un même principe actif principal qui n'est pas ou n'est plus protégé par un brevet dans le pays de provenance du médicament. Cette liste est mise à jour mensuellement et communiquée à la Caisse nationale de santé. Sur cette liste la Direction de la santé distingue les médicaments pour lesquels il peut y avoir substitution par un autre médicament du même groupe, sous condition qu'ils aient

- la même composition qualitative et quantitative en principe actif;
- la même forme pharmaceutique;
- une bioéquivalence démontrée par des études de biodisponibilité appropriées avec un médicament de référence faisant partie du groupe générique;
- ou, en l'absence de médicament de référence, un profil de sécurité et d'efficacité équivalent.

Sur base de la liste visée à l'alinéa 1, la Caisse nationale de santé fixe pour tous les médicaments inscrits dans la liste positive et susceptibles de substitution, appartenant au même groupe de principe actif principal, une base de remboursement qui constitue le montant sur lequel porte, par conditionnement, la prise en charge de l'assurance maladie-maternité.

La base de remboursement est calculée en fonction de critères relatifs au dosage, à la forme pharmaceutique, à la voie d'administration et au conditionnement des médicaments du groupe à même principe actif principal. Le calcul de la base de remboursement tient compte du prix public unitaire des médicaments composant chaque groupe en comparant le prix public unitaire le plus élevé avec le prix public unitaire le moins élevé. Les modalités de calcul de la base de remboursement sont précisées par règlement grand-ducal.

La liste des groupes de médicaments soumis à une base de remboursement est publiée au Mémorial.

Par dérogation à l'article 5 du règlement No IV dénommé „sur les devoirs spéciaux des pharmaciens et droguistes“ de l'arrêté royal grand-ducal du 12 octobre 1841 portant règlement du service médical, le pharmacien informe l'assuré lors de la délivrance du médicament qu'il s'agit d'un médicament inscrit sur la liste des groupes de médicaments soumis à une base de remboursement et lui propose une substitution par le médicament le plus économique du même groupe."

11° A la suite de l'article 22bis il est inséré un nouvel article 22ter libellé comme suit:

„**Art. 22ter.** Par dérogation à l'article 2, alinéa 1 de la loi modifiée du 17 novembre 2004 relative à la concurrence, les décisions relatives à la fixation des prix des médicaments à usage humain sont prises par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Les critères, les conditions et la procédure se rapportant à cette fixation sont déterminés par règlement grand-ducal.“

12° L'article 23, alinéa 2 est modifié comme suit:

„Les statuts de la Caisse nationale de santé prévoient à titre de sanction l'avertissement, la domiciliation auprès d'un prestataire déterminé, une participation plus élevée ou le refus de la prise en charge des prestations dans le chef d'assurés dont la consommation de prestations à charge de l'assurance maladie est considérée comme abusive d'après des normes y établies, le Contrôle médical de la sécurité sociale entendu en son avis. L'assuré doit restituer les prestations indûment touchées. Les montants à payer ou à restituer par l'assuré peuvent être compensés par la Caisse nationale de santé avec d'autres créances de l'assuré ou être recouvrés par le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 429.“

13° L'article 24 prend la teneur suivante:

„**Art. 24.** Les prestations de soins de santé sont accordées, soit sous forme de remboursement par la Caisse nationale de santé et les caisses de maladie aux personnes protégées qui ont fait l'avance des frais, soit sous forme de prise en charge directe par la Caisse nationale de santé, le prestataire de soins n'ayant dans ce dernier cas d'action contre la personne protégée que pour la participation statutaire éventuelle de celle-ci. A défaut de disposition conventionnelle contraire, le mode de la prise en charge directe ne s'applique qu'aux actes, services et fournitures ci-après:

- 1) les analyses de biologie médicale;
- 2) en cas de traitement en milieu hospitalier, l'ensemble des frais de traitement à l'exception des honoraires médicaux;
- 3) les médicaments;
- 4) la rééducation et la réadaptation fonctionnelles dans un établissement spécialisé;
- 5) la transfusion sanguine;
- 6) les actes des professions de santé visées à l'article 61, alinéa 2, point 3), des établissements d'aides et de soins ainsi que des réseaux d'aides et de soins visés aux articles 389 à 391 disposant d'un contrat d'aides et de soins avec la Caisse nationale de santé.

La prise en charge directe est encore accordée en cas d'indigence de la personne protégée dûment documentée par une attestation établie par l'office social en charge, suivant les modalités déterminées par les dispositions statutaires et conventionnelles.

La Caisse nationale de santé envoie périodiquement à l'assuré un relevé des prestations lui fournies par voie de prise en charge directe.“

14° L'article 26 est abrogé.

15° L'article 28, alinéa 2 prend la teneur suivante:

„En dehors des revenus de placement et d'autres ressources diverses, les ressources nécessaires sont constituées par des cotisations dont une part est fixée en application du taux de cotisation visé à l'article 29 et une autre part en application du pourcentage fixé à l'article 31.“

16° L'article 29 prend la teneur suivante:

„**Art. 29.** Le taux de cotisation est fixé de manière à couvrir toutes les charges de l'assurance maladie-maternité, y compris la dotation à la réserve et le remboursement à la Mutualité des charges résultant de l'article 54, alinéas 2 et 3. Ce taux de cotisation s'applique à l'assiette visée à l'article 33.

Pour les assurés ayant droit à une prestation en espèce le taux de cotisation est majoré de 0,5 pour cent, avec comme assiette le revenu professionnel visé aux articles 34 à 37, tout en respectant les limites définies à l'article 39.“

17° L'article 30 prend la teneur suivante:

„**Art. 30.** Le taux de cotisation est refixé par le comité directeur avec effet au premier janvier de l'année pour laquelle le budget fait apparaître que le montant de la réserve prévue à l'article 28, alinéa 1, se situe en dehors des limites y prévues.

Si dans les conditions prévues à l'alinéa qui précède, le comité directeur n'a pas refixé le taux au 1er décembre, celui-ci est arrêté par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Le taux de cotisation refixé est publié au Mémorial.“

18° L'article 31, alinéa 1 prend la teneur suivante:

„L'Etat supporte quarante pour cent des cotisations.“

19° L'article 32 est modifié comme suit:

a) L'alinéa 1, premier tiret prend la teneur suivante:

„– par parts égales aux assurés et aux employeurs en ce qui concerne les assurés visés à l'article 1er sous 1), 2), et 3);“

b) L'alinéa 1, 3e tiret prend la teneur suivante:

„– entièrement à charge de l'employeur en ce qui concerne les membres de l'armée, de la police grand-ducale ainsi que le personnel des établissements pénitentiaires et le personnel du Centre de rétention;“

c) L'alinéa 1, 4e tiret prend la teneur suivante:

„– par parts égales aux assurés et aux institutions débitrices des prestations en cause en ce qui concerne les assurés visés à l'article 1er sous 8), 9), 10), 11) et 20);“

d) L'alinéa 1, 6e tiret est complété par les termes „et 14)“.

e) L'alinéa 1, 8e tiret prend la teneur suivante:

„– à l'Etat en ce qui concerne les assurés visés à l'article 1er, sous 7), 13), 15), 16), 17), et 19).“

20° L'article 33 prend la teneur suivante:

„**Art. 33.** L'assiette de cotisation comprend:

- 1) le revenu professionnel visé aux articles 34 à 37 ainsi que les gratifications, participations et autres avantages même non exprimés en espèces dont l'assuré jouit en raison de son occupation soumise à l'assurance, à l'exclusion toutefois des majorations sur les heures supplémentaires; la valeur des rémunérations en nature est portée en compte suivant la valeur fixée par règlement grand-ducal;
- 2) l'ensemble des pensions et rentes de l'assuré visées à l'article 1er, alinéa 1, numéros 8) et 9);
- 3) tout revenu de remplacement sur lequel une retenue de cotisation au titre de la législation luxembourgeoise sur l'assurance maladie est prévue.

Pour les assurés volontaires, l'assiette de cotisation est fixée dans le cadre du règlement grand-ducal prévu à l'article 2, alinéa 4.

Pour les membres d'associations religieuses et les personnes qui leur sont assimilées, occupés dans un établissement appartenant à leur congrégation, l'assiette cotisable est constituée par le salaire social minimum de référence pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans au moins.

Pour les personnes bénéficiant d'un régime de pension spécial ou d'un régime de pension transitoire spécial pour les fonctionnaires et pour les personnes leur assimilées, l'assiette de cotisation est constituée par les éléments de rémunération visés aux articles 60, 80 et 85 de la loi du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois, y compris l'allocation de fin d'année.“

21° L'article 38 est abrogé.

22° L'article 40 est abrogé.

23° A l'article 43, les alinéas 1 et 2 prennent la teneur suivante:

„La personne âgée de plus de soixante-huit ans et assurée du chef d'une occupation, a droit sur demande au remboursement par année civile des cotisations à sa charge dues, le cas échéant, pour le financement des prestations en espèces.

Lorsque par suite du cumul de plusieurs activités ou prestations soumises à l'assurance, l'assiette de cotisation totale d'un assuré dépasse le maximum défini à l'article 39, alinéa 5, l'assuré a droit sur demande au remboursement par année civile de la part de cotisations correspondant à la dif-

férence lui incombant conformément à l'article 32 pour le financement des soins de santé et des prestations en espèces.“

24° L'article 46, alinéa 4 prend la teneur suivante:

„En matière de frais de soins de santé avancés par les assurés, d'indemnités pécuniaires de maladie et de maternité, d'indemnité funéraire concernant des assurés de la Caisse nationale de santé, le comité directeur siège en l'absence des délégués visés à l'alinéa 1, sous 2), 3) et 4), qui sont remplacés en l'occurrence par trois suppléants désignés par la Chambre des salariés parmi les suppléants des délégués visés à l'alinéa 1, sous 1.“

25° L'article 47 prend la teneur suivante:

„**Art. 47.** A la demande de l'assuré, toute question à portée individuelle à son égard en matière de prestations ou d'amendes d'ordre peut faire l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité directeur.

Tout litige au sujet d'un tarif en application des nomenclatures ou des conventions ou au sujet d'un dépassement des tarifs visés à l'article 66, alinéa 3 fait l'objet d'une décision du président du comité directeur ou de son délégué. Cette décision est notifiée à l'assuré et au prestataire de soins en cause. L'assuré ou le prestataire de soins peuvent porter le litige dans les quarante jours de la notification devant la Commission de surveillance prévue à l'article 72.

Si un litige porte tant sur une question visée à l'alinéa 1 que sur une question visée à l'alinéa 2, le litige visé à l'alinéa 2 doit être vidé préalablement.

Tout litige opposant un prestataire de soins à la Caisse nationale de santé dans le cadre de la prise en charge directe prévue à l'article 24 fait l'objet d'une décision du président ou de son délégué. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par le prestataire dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par la Commission de surveillance prévue à l'article 72 ou, s'il s'agit d'un hôpital, par la commission des budgets hospitaliers prévue à l'article 77.“

26° L'article 48 prend la teneur suivante:

„**Art. 48.** La Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics, la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux et l'entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois sont compétentes pour la liquidation des prestations de soins de santé avancées par les assurés ainsi que pour la liquidation de l'indemnité pécuniaire de maternité et de l'indemnité funéraire. Elles peuvent encore être chargées des attributions d'une agence au sens de l'article 413, alinéa 3, d'après les modalités y prévues.“

27° L'article 60 prend la teneur suivante:

„**Art. 60.** Les relations entre les prestataires de soins et l'assurance maladie sont réglées par les articles 74 à 79 ou les articles 61 à 73, suivant qu'il s'agit de prestations dispensées dans le secteur hospitalier ou en dehors de ce secteur.

Sont considérées comme prestations du secteur hospitalier toutes les prestations en nature dispensées à des assurés traités dans un hôpital, un établissement hospitalier spécialisé ou un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie au sens de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

Sans préjudice de l'article 64, alinéa 2, point 6), les actes et services des médecins et médecins-dentistes sont pris en charge conformément aux articles 61 à 73, même s'ils sont prestés dans le secteur hospitalier.

Les activités des médecins prises en charge moyennant le budget hospitalier ne donnent pas lieu à une rémunération suivant la nomenclature des actes.“

28° A la suite de l'article 60 il est inséré un nouvel article 60bis libellé comme suit:

„**Art. 60bis.** Tout prestataire de soins de santé visé à l'article 61, tout établissement hospitalier, tout réseau d'aides et de soins visé à l'article 389, tout établissement d'aides et de soins visé aux articles 390 et 391, dépositaire d'un dossier de soins ou d'éléments d'un tel dossier, de données médicales sous forme de rapports médicaux, de résultats d'analyses, de comptes rendus d'investigations diagnostiques, d'ordonnances ou de prescriptions, d'imagerie médicale ou de tout docu-

ment ou effet intéressant l'état de santé ou le traitement thérapeutique d'un assuré, doit en donner communication, sur sa demande, au médecin référent, à tout médecin désigné par l'assuré et au Contrôle médical de la sécurité sociale.

Au cas où le dépositaire ne saurait produire les pièces dont il est réputé être dépositaire dans le délai de quinze jours à partir de la requête écrite de l'assuré, celui-ci peut demander la restitution des frais qu'il peut justifier avoir exposés pour les prestations afférentes, ce sans préjudice du droit de la Caisse nationale de santé de récupérer les frais qu'elle a supportés.

Les dispositions organisant la documentation des diagnostics, des prescriptions et des prestations effectuées peuvent être fixées par règlement grand-ducal."

29° A la suite de l'article 60bis il est inséré un nouvel article 60ter libellé comme suit:

„Art. 60ter. (1) Il est mis en place une „Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé“, désignée ci-après par l'„Agence“ qui a pour missions:

- 1) la réalisation, le déploiement, l'exploitation et la gestion administrative et technique d'une plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé, ainsi que d'applications et de systèmes informatiques de santé à l'échelle nationale, comportant:
 - le dossier de soins partagé dont question à l'article 60quater;
 - d'autres projets informatiques à envergure nationale visant à faciliter l'échange, le partage ou une meilleure utilisation des données de santé;
 - les systèmes électroniques de communication avec la plateforme et ses applications, les mécanismes de sécurité et les autres services de base y liés;
 - la communication de données avec des plateformes similaires dans d'autres Etats membres de l'Union européenne;
- 2) la promotion de l'interopérabilité et de la sécurité dans la mise en place de systèmes d'information de santé, moyennant:
 - la production et la promotion de référentiels contribuant à l'interopérabilité et à la sécurité des systèmes d'information de santé;
 - la mise en œuvre d'une convergence des systèmes d'information de santé grâce à l'implémentation des référentiels d'interopérabilité;
 - la veille des normes et standards pour les systèmes d'information en santé;
 - la collaboration avec les organisations internationales en charge de la standardisation dans le domaine des systèmes d'information de santé;
- 3) l'établissement et la tenue à jour d'un schéma directeur des systèmes d'information de santé, déclinant une stratégie nationale, articulée avec les priorités sanitaires du pays d'une part et les besoins d'échange et de partage des acteurs du secteur d'autre part. Ce schéma directeur organise en outre les projets et activités directement ou indirectement gérés par l'Agence, ainsi que les autres projets stratégiques de systèmes d'information contribuant au partage et à l'échange de données de santé, gérés directement par les acteurs du secteur;
- 4) le conseil des autorités de tutelle en matière des choix stratégiques des systèmes d'information de santé;
- 5) l'information des patients et prestataires sur les modalités opérationnelles et les mesures de sécurité en rapport avec le dossier de soins partagé et la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé.

L'Agence est soumise à l'autorité conjointe des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale. Elle soumet annuellement aux ministres de tutelle:

- le schéma directeur informatique dont question ci-avant;
- son rapport annuel;
- un budget prévisionnel pluriannuel, ainsi que les comptes de l'exercice écoulé.

(2) La fonction d'Agence est confiée à un groupement d'intérêt économique, regroupant l'Etat, la Caisse nationale de santé et le Centre commun de la sécurité sociale, ainsi que des organismes représentatifs des prestataires des soins et des associations représentant l'intérêt des patients.

L'Agence peut recourir aux services du Centre commun de la sécurité sociale pour la gestion des droits d'accès des personnes assurées et des prestataires de soins.

(3) Le financement des missions de l'Agence définies à l'alinéa 1 est pris en charge à raison de deux tiers par la Caisse nationale de santé et d'un tiers par l'Etat. L'Agence peut acquérir des fonds d'autres sources.

(4) L'Agence constitue le responsable du traitement des données à caractère personnel au sens de l'article 4 de la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement de données à caractère personnel."

30° A la suite de l'article 60ter il est inséré un nouvel article 60quater libellé comme suit:

„Art. 60quater. (1) L'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé tient à la disposition des prestataires et des patients un dossier de soins partagé.

(2) Le dossier de soins partagé regroupe les données médicales et autres informations concernant le patient, utiles et pertinentes afin de favoriser la sécurité, la continuité des soins, la coordination des soins, ainsi qu'une utilisation efficiente des services de soins de santé. Il comporte ainsi:

- 1) les actes et données médicaux mentionnés à l'article 60bis, alinéa 1;
- 2) les prescriptions effectuées dans le domaine des analyses de biologie médicale d'imagerie médicale et de médicaments, et le cas échéant les résultats y afférents;
- 3) l'historique et les comptes rendus de la prise en charge de certaines prestations de soins de santé;
- 4) des informations ou déclarations introduites par le patient lui-même.

(3) Dans le respect du secret médical et des finalités visées au présent article, l'accès au dossier de soins partagé est réservé au médecin référent, au médecin traitant et aux professionnels de santé participant à la prise en charge du patient.

(4) Chaque patient a un droit d'accès à son dossier de soins partagé et a un droit d'information sur les accès et l'identité des personnes ayant accédé à ce dossier. Il peut à tout moment s'opposer au partage de données le concernant au sein d'un dossier de soins partagé.

(5) L'Agence, la Direction de la santé, le Laboratoire national de santé, l'Inspection générale de la sécurité sociale et la Caisse nationale de la santé, échangent à l'aide de procédés automatisés ou non des informations rendues anonymes à des fins statistiques ou épidémiologiques. Les procédés automatisés se font moyennant interconnexion de données et sous garantie d'un accès sécurisé, limité et contrôlé.

(6) La Commission nationale pour la protection des données demandée en son avis, un règlement grand-ducal précise les modalités et conditions de la mise en place du dossier de soins partagé, notamment en ce qui concerne:

- 1) la procédure détaillée de création et de suppression du dossier de soins partagé;
- 2) la procédure et les modalités d'accès au dossier par le patient et les prestataires et les modalités d'après lesquels le patient peut accéder aux traces d'accès à son dossier de soins partagé;
- 3) la détermination de niveaux d'accès différents tenant compte des attributions des différentes catégories de prestataires et des différentes catégories de données;
- 4) les mesures nécessaires pour assurer un niveau de sécurité particulièrement élevé de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé;
- 5) les procédures, les nomenclatures et les terminologies standardisées, les formats et autres normes, de même que les modalités techniques suivant lesquelles les informations et documents électroniques sont à verser au dossier de soins partagé;
- 6) les délais dans lesquels les prestataires de soins, la Caisse nationale de santé et toute autre dépositaire ou détenteur d'éléments du dossier doit les verser au dossier de soins partagé;
- 7) le cas échéant, l'ouverture d'un dossier de soins partagé pour les bénéficiaires de soins de santé au pays qui ne sont pas des assurés résidents;

8) le cas échéant, les modalités de coopération et de transfert de données transfrontalières avec les autorités afférentes d'un autre Etat membre un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

Ce règlement grand-ducal précise également les modalités d'établissement et la forme des informations et des documents à verser au dossier de soins partagé.“

31° L'article 61, alinéa 2, point 3) prend la teneur suivante:

„3) séparément pour les différentes professions de la santé;“

32° L'article 61, alinéa 2, point 12) prend la teneur suivante:

„12) concernant les soins palliatifs, pour les réseaux d'aides et de soins, les établissements d'aides et de soins visés respectivement aux articles 389 à 391.“

33° L'article 64 prend la teneur suivante:

„**Art. 64.** Les conventions déterminent obligatoirement:

- 1) les dispositions organisant la transmission et la circulation des données et informations entre les prestataires de soins, les assurés, le Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé ainsi que les caisses de maladie, notamment par des formules standardisées pour les honoraires et les prescriptions, par des relevés ou par tout autre moyen de communication;
- 2) les engagements relatifs au respect de la nomenclature des actes pour les prestataires concernés;
- 3) en cas de prise en charge directe par la Caisse nationale de santé, les conditions et les modalités de la mise en compte des intérêts légaux en cas de paiement tardif;
- 4) la périodicité exprimée en années de la révision des tarifs non établis moyennant une lettre-clé;
- 5) 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.

Pour les médecins et pour les médecins-dentistes, la convention détermine en outre obligatoirement:

- 1) les engagements relatifs au respect, dans le cadre des dispositions légales et réglementaires, de la liberté d'installation du médecin, du libre choix du médecin par le malade, de la liberté de prescription du médecin, du secret professionnel;
- 2) les dispositions garantissant une médication économique compatible avec l'efficacité du traitement, conforme aux données acquises par la science et conforme à la déontologie médicale;
- 3) les modalités du dépassement des tarifs visés à l'article 66, alinéa 3;
- 4) les modalités de diffusion des standards de bonne pratique médicale tels que définis à l'article 65bis;
- 5) les modalités de l'établissement des rapports d'activité des prestataires de soins prévus à l'article 418;
- 6) les domaines d'application de la rémunération salariée;
- 7) les rapports avec le médecin référent.

Pour les prestataires de soins autres que les médecins et médecins-dentistes constitués sous forme de personne morale, la convention détermine en outre obligatoirement l'engagement de tenir une comptabilité suivant un plan comptable uniforme complété par une partie analytique. Le plan comptable ainsi que les modalités et les règles de la comptabilité analytique sont fixés par la Caisse nationale de santé.

Pour les prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2 sous 3) et 12), la convention détermine en outre obligatoirement:

- 1) les lignes directrices ainsi que les standards de référence en matière de qualité;
- 2) l'engagement d'assurer la continuité des soins;
- 3) les modalités de la documentation des soins, de la facturation et du paiement des prestations fournies ainsi que de leur vérification.

Pour les pharmaciens, la convention détermine en outre obligatoirement les règles applicables en cas de substitution d'un médicament à un autre dans le cadre de l'application de l'article 22bis."

34° L'article 65 prend la teneur suivante:

„**Art. 65.** Les actes, services professionnels et prothèses dispensés par les prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1) à 7) et 12) et pris en charge par l'assurance maladie-maternité sont inscrits dans des nomenclatures différentes.

Dans chacune des nomenclatures des prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1) à 4) et 12), chaque acte ou service est désigné par la même lettre-clé et par un coefficient. La lettre-clé est un signe dont la valeur en unité monétaire est fixée par voie conventionnelle. Le coefficient est un nombre exprimant la valeur relative de chaque acte professionnel inscrit dans chacune des nomenclatures visées au présent alinéa tenant compte de la durée, de la compétence technique et de l'effort intellectuel requis pour dispenser cet acte professionnel.

Dans la nomenclature des médecins les spécialités médicales et des normes de compétences spécifiques et d'expériences professionnelles sont détaillées. La nomenclature peut en outre prévoir une orientation prioritaire ou exclusive de la dispensation de certains actes vers des services et centres de compétences hospitaliers tels que définis dans la loi sur les établissements hospitaliers.

Lorsque l'acte ou le service professionnel implique l'utilisation d'un appareil, la nomenclature peut fixer un forfait couvrant les frais directs et indirects résultant de l'utilisation de l'appareil.

Les nomenclatures peuvent prévoir une cotation forfaitaire pour un ensemble d'actes ou services professionnels dispensés pour une période ou un traitement déterminé. Cette cotation forfaitaire s'impose pour les prestations de soins de la profession d'infirmier à l'égard des personnes dépendantes au sens du Livre V et pour les actes et services dispensés par les prestataires visés à l'article 61 alinéa 2 sous 12).

Elles peuvent également prévoir la réduction ou l'augmentation du tarif des actes et services dans des conditions qu'elles déterminent.

Les nomenclatures des actes, services professionnels et prothèses sont déterminées par des règlements grand-ducaux sur base d'une recommandation circonstanciée de la Commission de nomenclature.

La Commission de nomenclature se compose de:

- 1) deux membres dont le président, désignés par arrêté conjoint des ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale et la Santé; un membre doit avoir la qualité de médecin;
- 2) deux membres désignés par le comité directeur de la Caisse nationale de santé;
- 3) deux membres désignés par le ou les groupements signataires de la convention pour les médecins;
- 4) en fonction de la nomenclature en cause, deux membres désignés par le ou les groupements signataires de la convention concernée.

Lorsque la Commission de nomenclature est amenée à statuer en matière d'actes et services relevant de la nomenclature des médecins et dispensés en milieu hospitalier ou de la nomenclature des laboratoires d'analyses de biologie médicale, la composition de la Commission de nomenclature est complétée par deux membres devant avoir la qualité de médecin et désignés respectivement par arrêté conjoint des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale et par le groupement représentatif des hôpitaux.

Pour chaque membre effectif un membre suppléant est désigné d'après les modalités prévues ci-dessus.

La Commission est assistée dans l'accomplissement de ses missions par la Cellule d'expertise médicale, à laquelle elle demande des avis des affaires dont elle est saisie.

La Commission de nomenclature peut se saisir elle-même de toute affaire relative à ses attributions. Elle peut être saisie également de toute proposition d'inscription, de modification ou de suppression d'actes, services ou fournitures par les ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale ou la Santé, le Collège médical, le Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse

nationale de santé, la Commission de surveillance ou encore par les parties signataires des conventions.

La modification du coefficient d'un acte ou service figurant dans la nomenclature doit intervenir avant le 1er décembre et ne prend effet que le 1er janvier de l'exercice suivant. Les effets de cette modification sont neutralisés par une adaptation correspondante de la lettre-clé qui s'ajoute à celle prévue à l'article 67 et qui se base sur le nombre des actes et services de l'avant-dernier exercice.

Le fonctionnement de la Commission, la procédure à suivre, les éléments constituant la demande standardisée d'inscription ainsi que l'indemnisation des membres et experts commis sont déterminés par un règlement grand-ducal. Ce règlement grand-ducal peut également prévoir des modalités de validation provisoire et de révision obligatoire. Dans les votes au sein de la commission, celui du président prévaut en cas de partage des voix.

Les frais de fonctionnement de la commission sont entièrement à charge de l'Etat."

35° A la suite de l'article 65 il est inséré un nouvel article 65bis ayant la teneur suivante:

„**Art. 65bis.** (1) Il est créé sous l'autorité des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale une Cellule d'expertise médicale qui a pour missions:

- 1) de proposer, en s'orientant suivant des référentiels acquis par la science, le libellé et les coefficients des actes, d'en produire une définition complète et d'en préciser les indications et les conditions d'application;
- 2) de s'enquérir de l'évaluation scientifique des dispositifs médicaux et de procéder à l'émission de recommandations pour leur bon usage permettant de déterminer le bien-fondé de la prise en charge par l'assurance maladie;
- 3) de collaborer à l'élaboration des standards de bonne pratique médicale prévues au paragraphe 2, alinéa 2 et à leur promotion auprès des professionnels de la santé;
- 4) d'analyser des avis concernant le résultat attendu d'un acte ou d'une source, en fonction de son intérêt diagnostique ou thérapeutique, de son impact sur la santé de la population et de son impact financier;
- 5) d'assurer le secrétariat et l'appui technique de la Commission de nomenclature et du Conseil scientifique.

La Cellule d'expertise médicale, qui est rattachée administrativement à l'Inspection générale de la sécurité sociale, est composée de façon pluridisciplinaire par des agents détachés par le Contrôle médical de la sécurité sociale, la Direction de la santé ou affectés par l'Inspection générale de la sécurité sociale.

La Cellule peut conclure des accords de partenariat avec des services spécialisés nationaux ou internationaux en vue de la réalisation de ses missions.

La Cellule peut s'adjoindre des experts. Elle doit fournir des expertises à la demande des ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale ou la Santé ou la Caisse nationale de santé. Ces expertises ne peuvent porter sur l'évaluation de l'état de santé, de diagnostics ou traitements de patients individuels.

(2) Il est institué sous l'autorité des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale un Conseil scientifique du domaine de la santé qui a pour mission d'élaborer et de contribuer à la mise en œuvre de standards de bonnes pratiques médicales.

Les standards de bonne pratique médicale sont des recommandations développées selon une méthode explicite pour aider le médecin et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données. L'objectif de tels standards de bonnes pratiques médicales est d'informer les professionnels de santé, les patients et les usagers du système de santé sur l'état de l'art et les données acquises de la science afin d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins.

Le Conseil scientifique collabore étroitement avec la Cellule d'expertise médicale en ce qui concerne la documentation et la recherche en matière de bonnes pratiques médicales, leur promotion auprès des professionnels de santé ainsi que la désignation d'experts et la conclusion de conventions dans le domaine des bonnes pratiques médicales.

Un règlement grand-ducal détermine la composition et le fonctionnement du conseil ainsi que l'indemnisation de ses membres et experts.“

36° L'article 66 prend la teneur suivante:

„**Art. 66.** Les tarifs des actes et des services professionnels opposables aux prestataires sont fixés en multipliant les coefficients prévus à l'article 65, alinéas 2 et 3, par la valeur des lettres-clés respectives.

Les valeurs des lettres-clés des nomenclatures des prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1) à 3) et 12) 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.

Toutefois, les conventions pour les médecins et pour les médecins-dentistes prévoient obligatoirement les modalités du dépassement, à charge des assurés, des tarifs fixés conformément à l'alinéa qui précède:

- 1) pour les convenances personnelles sollicitées par les personnes protégées en milieu hospitalier et ambulatoire;
- 2) après devis préalable pour les prothèses et autres prestations dentaires dépassant l'utile et le nécessaire.“

37° L'article 69 prend la teneur suivante:

„**Art. 69.** En l'absence d'accord avant le 31 décembre sur l'adaptation 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.

A défaut d'entente collective:

- 1) sur l'élaboration d'une nouvelle convention après un délai de négociation de six mois suivant la convocation faite par la Caisse nationale de santé;
- 2) sur l'adaptation de la convention dans les six mois suivant la dénonciation totale ou partielle de l'ancienne convention;
- 3) sur les dispositions obligatoires de la convention visées à l'article 64 et à l'article 66, alinéa 3, après un délai de négociation de six mois suivant la convocation faite par la Caisse nationale de santé,

l'Inspection générale de la sécurité sociale convoque les parties en vue de la désignation d'un médiateur.

Si les parties ne s'entendent pas sur la personne du médiateur, celui-ci est désigné par tirage au sort sur une liste comprenant six personnes ayant accepté cette mission. Cette liste est établie pour la durée de cinq années par les parties signataires de la convention et, à défaut, par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Le médiateur peut s'adjoindre un ou plusieurs experts. Il est assisté d'un fonctionnaire à mettre à sa disposition par l'Inspection générale de la sécurité sociale pour assurer le secrétariat administratif.

Un règlement grand-ducal détermine la procédure à suivre, les indemnités et les autres modalités d'application du présent article.“

38° L'article 70 prend la teneur suivante:

„**Art. 70.** (1) Lorsque la médiation déclenchée en vertu de l'article 69, alinéa 1, n'aboutit pas à un accord sur l'adaptation de la lettre-clé, le médiateur dresse un procès-verbal de non-conciliation qu'il transmet au Conseil supérieur de la sécurité sociale.

Le Conseil supérieur de la sécurité sociale rend une sentence arbitrale qui n'est susceptible d'aucune voie de recours. Elle doit être prononcée avant l'expiration de l'ancienne convention.

(2) Lorsque la médiation déclenchée en vertu de l'article 69, alinéa 2 n'aboutit pas, dans un délai de trois mois à partir de la nomination d'un médiateur, à une convention ou à un accord sur les dispositions conventionnelles obligatoires, le médiateur dresse un procès-verbal de non-conciliation qu'il transmet au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Les dispositions obligatoires de la convention sont alors fixées par voie de règlement grand-ducal.

(3) Les conventions et les sentences arbitrales s'appliquent à l'ensemble des prestataires dans leurs relations avec les personnes couvertes par l'assurance maladie-maternité. Elles sont applicables non seulement aux prestataires exerçant pour leur propre compte, mais également aux médecins et médecins-dentistes exerçant sous tout autre régime ainsi qu'aux autres prestataires exerçant dans le secteur extrahospitalier sous le régime du contrat de travail ou d'entreprise.“

39° L'article 71 est abrogé.

40° L'article 72 prend la teneur suivante:

„**Art. 72.** Il est institué auprès du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale une Commission de surveillance, composée d'un président et de quatre délégués. En cas d'empêchement du président, la Commission est présidée par un vice-président. Le président et le vice-président sont nommés en raison de leur compétence juridique dans le domaine de la sécurité sociale, par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. Le président et le vice-président sont assistés par un secrétariat permanent, rattaché au ministère de la Sécurité sociale.

Pour chaque affaire le président désigne les quatre délégués suivant les modalités suivantes:

- 1) deux délégués sont choisis par le président sur une liste de dix personnes établie par le comité directeur de la Caisse nationale de santé. Cinq des délégués figurant sur cette liste représentent les secteurs visés aux points 1 à 4 de l'article 46 et cinq autres délégués les secteurs visés aux points 5 à 8 du même article;
- 2) pour les affaires mettant en cause un médecin ou un médecin-dentiste, le troisième délégué est choisi sur une liste de cinq personnes établie par le Collège médical et le quatrième délégué est choisi sur une liste de cinq personnes établie par le groupement représentatif des médecins et des médecins dentistes;
- 3) pour les affaires mettant en cause un autre prestataire visé à l'article 61, alinéa 2 que celui visé au point précédent, le troisième délégué est choisi sur une liste de cinq personnes établie par le Conseil supérieur des professions de santé et le quatrième délégué est choisi sur une liste de cinq personnes établie par chaque groupement professionnel signataire d'une des conventions visées à l'article 61, alinéa 2.

A défaut de listes présentées par le comité directeur de la Caisse nationale de santé, le Collège médical, le groupement représentatif des médecins et des médecins-dentistes, le Conseil supérieur des professions de santé ou les groupements professionnels signataires d'une des conventions visées à l'article 61, alinéa 2, il appartient au ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions de les établir.

Le directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale ou son délégué peut assister avec voix consultative aux réunions de la commission.

Un règlement grand-ducal détermine le fonctionnement de la Commission, la procédure à suivre ainsi que l'indemnisation des membres et des experts commis. Les frais de fonctionnement sont entièrement à charge de l'Etat.“

41° L'article 72bis prend la teneur suivante:

„**Art. 72bis.** La Commission de surveillance est compétente:

- 1) pour les litiges lui déférés par les prestataires de soins en application des articles 47, alinéa 4 et 146, alinéa 2;
- 2) pour les litiges lui déférés par un assuré ou par un prestataire de soins en application des articles 47, alinéa 2 et 51, alinéa 2.

Si, dans les litiges visés à l'alinéa 1, sous le numéro 1), la Commission de surveillance décide que c'est à tort que la Caisse nationale de santé a refusé le paiement ou opéré un redressement des factures présentées, elle prononce le paiement ou le redressement qui s'impose au profit du prestataire de soins.

Dans les litiges visés à l'alinéa 1, sous le numéro 2), la Caisse nationale de santé ou la caisse de maladie et, suivant le cas, l'assuré ou le prestataire de soins sont mis en intervention par le président de la Commission de surveillance. Si la Commission de surveillance décide que le prestataire n'a pas respecté les tarifs fixés en vertu des nomenclatures, des conventions ou des stipulations relatives au dépassement des tarifs, elle prononce la restitution à l'assuré de la somme

indûment mis en compte. Dans le cas contraire, elle liquide les droits de l'assuré conformément aux lois, règlements et statuts.

Les décisions de la Commission de surveillance prises en application du présent article sont susceptibles d'un recours à introduire par l'institution d'assurance maladie ou d'assurance accident, l'assuré ou le prestataire de soins devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

L'appel est porté devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale quelle que soit la valeur du litige. L'appel a un effet suspensif.“

42° L'article 73 prend la teneur suivante:

„**Art. 73.** La Commission de surveillance est en outre compétente pour examiner les rapports d'activité au sens de l'article 418 lui soumis par le directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale, ainsi que les faits signalés par le président de la Caisse nationale de santé ou le président d'une caisse de maladie susceptibles de constituer une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles auxquelles sont astreints les prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, ainsi que les personnes placées sous leur autorité ou agissant pour leur compte. Le directeur et les présidents peuvent déléguer ce pouvoir à un fonctionnaire ou employé dirigeant de leur administration ou institution.

L'instruction a pour objet de constater dans le chef des prestataires visés à l'article 61, alinéa 2:

- 1) l'inobservation des dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ayant abouti ou tenté d'aboutir à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation de soins de santé ou en espèces par l'assurance maladie-maternité;
- 2) le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fautive, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information par l'institution de sécurité sociale compétente ou par le Contrôle médical de la sécurité sociale;
- 3) les agissements ayant pour effet de faire obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'institution de sécurité sociale compétente;
- 4) les manquements aux formalités administratives imposées par les dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles;
- 5) le refus du prestataire de reporter dans le dossier de soins partagé les éléments issus de chaque acte ou consultation, dès lors que l'assuré ne s'est pas explicitement opposé au report de cet acte ou consultation dans son dossier de soins partagé;
- 6) la prescription ou l'exécution de prestations superflues ou inutilement onéreuses en violation de l'article 23, alinéa 1;
- 7) les agissements exposant l'assuré à des dépassements d'honoraires non conformes aux dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles.

La Commission de surveillance peut procéder à des mesures d'investigation qu'elle peut déléguer au président ou au vice-président. Elle peut recourir aux services d'experts et demander l'avis à la Cellule d'expertise médicale.

Si, à la clôture de son instruction, la Commission de surveillance estime être en présence d'une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles au sens de l'alinéa 2, elle renvoie l'affaire devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

La Commission de surveillance peut préalablement à sa décision de renvoi décider de recourir à une médiation débouchant le cas échéant sur une transaction s'il lui apparaît qu'une telle mesure est susceptible de mettre fin aux pratiques contraires aux dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles visées à l'alinéa 2 tout en assurant la réparation du préjudice économique subi par la Caisse nationale de santé.“

43° A la suite de l'article 73 il est inséré un nouvel article 73bis libellé comme suit:

„**Art. 73bis.** Pour les affaires renvoyées par la Commission de surveillance, le Conseil arbitral de la sécurité sociale examine le rapport d'instruction de la Commission de surveillance et peut, après une procédure contradictoire en présence du prestataire, d'une part, et du directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale ou de son délégué ou bien du président de la Caisse natio-

nale de santé ou de son délégué, d'autre part, prononcer à l'encontre du prestataire concerné, en fonction de la nature et de la gravité des faits dont il est reconnu coupable:

- 1) une amende d'ordre au profit de la Caisse nationale de santé, ne pouvant dépasser vingt cinq mille euros. En cas de récidive dans un délai de deux ans l'amende d'ordre ne peut être ni inférieure à vingt cinq mille euros ni supérieure à cinq cent mille euros;
- 2) la restitution, à la Caisse nationale de santé, des montants indûment perçus, augmentés des intérêts légaux;
- 3) la soumission obligatoire et exclusive, pendant une période de cinq ans au plus, du prestataire au régime conventionnel prévoyant une prise en charge directe par la Caisse nationale de santé de toutes les prestations effectuées pour compte des assurés;
- 4) la limitation du nombre d'actes et de services professionnels par assuré en moyenne que le prestataire ne peut pas dépasser pendant une période future de trois années au plus, sous peine de restitution des honoraires afférents. Ce maximum peut s'appliquer à tout ou partie de l'activité du prestataire.

Les jugements du Conseil arbitral de la sécurité sociale sont susceptibles d'appel devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale quelle que soit la valeur du litige. L'appel qui, sous peine de forclusion, doit intervenir dans les quarante jours de la notification du jugement du Conseil arbitral de la sécurité sociale, a un effet suspensif.

Les montants à payer ou à restituer par le prestataire en application des dispositions du présent article ou de celui qui précède peuvent être compensés par la Caisse nationale de santé avec d'autres créances du prestataire ou être recouvrés par le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 429."

44° L'article 74 prend la teneur suivante:

„Art. 74. Sur base d'un rapport d'analyse prévisionnel établi par l'Inspection générale de la sécurité sociale, la Caisse nationale de la santé et la Commission permanente pour le secteur hospitalier demandées en leur avis, le gouvernement fixe dans les années paires, au 1er octobre au plus tard, une enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier pour les deux exercices à venir.

Les éléments de l'enveloppe sont établis sur base de l'évolution démographique de la population résidente, de la morbidité, des pratiques d'une médecine basée sur des preuves scientifiques et en tenant compte de la croissance économique du pays. L'enveloppe budgétaire globale et les budgets spécifiques des hôpitaux tiendront compte des dispositions du plan hospitalier, des spécificités des services spécialisés et nationaux et des centres de compétences, ainsi que des obligations découlant de la participation au service médical d'urgence.

Un règlement grand-ducal précise les règles d'établissement de l'enveloppe budgétaire globale et des budgets spécifiques des hôpitaux, ainsi que les éléments à inclure de façon forfaitaire.

En tenant compte de l'enveloppe budgétaire globale, la Caisse nationale de santé prend en charge les prestations du secteur hospitalier d'après des budgets arrêtés séparément pour chaque hôpital visé à l'article 60, alinéa 2 sur base de son activité prévisible pour deux exercices à venir. Sont opposables à la Caisse nationale de santé les coûts convenus entre la Caisse nationale de santé et l'hôpital des activités dûment autorisées en application de la législation hospitalière. Les budgets comprennent l'amortissement des investissements mobiliers et immobiliers dans la mesure où ils sont conformes au plan hospitalier et n'ont pas été financés par les pouvoirs publics. Dans la mesure où l'investissement est soumis à une autorisation préalable en vertu d'une disposition légale ou réglementaire, l'amortissement n'est opposable que si cette autorisation a été accordée.

Ne sont pas opposables à la Caisse nationale de santé les prestations étrangères à l'objet de l'assurance maladie tel que défini à l'article 17 et de l'assurance accidents tel que défini à l'article 97, celles faites à titre de convenance personnelle de la personne protégée et celles fournies à des personnes non protégées au titre des livres I et II du présent code ou d'une convention bi-ou multilatérale en matière de sécurité sociale.

Sont portées en déduction des budgets hospitaliers opposables, les coûts des prestations opposables, rémunérées individuellement ou sous forme de forfaits, et les participations des personnes protégées.

Pour les activités administratives, logistiques et auxiliaires médicales, la prise en charge peut être subordonnée à une organisation nationale des activités visées conformément aux dispositions prévues dans la loi sur les établissements hospitaliers.

Les actes et prestations dispensés par un laboratoire hospitalier en milieu extrahospitalier et figurant dans la nomenclature des actes et des services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique sont pris en charge suivant les modalités régissant le milieu extrahospitalier. Un acte ou une prestation sont considérés comme effectués en milieu extrahospitalier s'ils sont dispensés au bénéfice d'un patient ambulatoire sans qu'un lien direct existe avec une prise en charge médicale concomitante en polyclinique ou sur un plateau médico-technique de l'établissement hospitalier en question.

Chaque hôpital doit tenir une comptabilité suivant un plan comptable uniforme complété par une partie analytique reflétant les coûts liés aux différents services hospitaliers et différenciant les charges et recettes liées aux activités opposables ou non-opposables à l'assurance maladie-maternité. Le plan comptable ainsi que les modalités et les règles de la comptabilité analytique sont fixés par la Caisse nationale de santé.

Afin que la comptabilité analytique puisse prendre en compte le coût de l'activité médicale hospitalière et différencier les coûts liés aux différents traitements et aux prestations fournies par patient, la Caisse nationale de santé met à disposition de l'établissement hospitalier le relevé des actes prestés aux patients par les médecins y agréés."

45° L'article 77 prend la teneur suivante:

„**Art. 77.** Annuellement avant le 1er avril, l'Inspection générale de la sécurité sociale élabore une circulaire servant aux hôpitaux pour l'établissement de leurs budgets et comprenant l'estimation de l'évolution prévisible des facteurs économiques exogènes intervenant dans l'établissement des budgets.

Chaque établissement hospitalier soumet son budget pour les deux exercices à venir au plus tard le 1er juillet à la Caisse nationale de santé.

Avant le 1er janvier, la Caisse nationale de santé soumet par écrit tout différend éventuel à une commission des budgets hospitaliers instituée dans le cadre de la convention prévue à l'article 75. Cette commission est composée de deux représentants de la Caisse nationale de santé et de deux représentants des hôpitaux, dont un de l'hôpital concerné, ainsi que d'un président désigné d'un commun accord par les parties. Si les parties ne s'entendent pas sur la personne du président, celui-ci est désigné d'après les modalités prévues à l'article 69, alinéa 2.

La commission est chargée d'une mission de conciliation dans le cadre de l'établissement des budgets à arrêter entre la Caisse nationale de santé et les différents hôpitaux. Si la commission ne parvient pas à concilier les parties dans les deux mois de la saisine, elle tranche le litige en dernier ressort avant le 1er mars."

46° L'article 78 prend la teneur suivante:

„**Art. 78.** La Caisse nationale de santé verse au début de chaque mois à chaque hôpital un montant correspondant à un douzième des frais annuels non liés à l'activité, prévus au budget établi conformément aux dispositions de l'article qui précède.

Les frais directement proportionnels à l'activité non couverts par des forfaits sont payés mensuellement en fonction des unités d'œuvre accomplies dans les différentes entités fonctionnelles de l'hôpital sur base d'un état justificatif comprenant par cas traité les unités d'œuvre réalisées.

Les forfaits sont payés mensuellement sur base d'un état justificatif."

47° L'article 79 est complété d'un nouvel alinéa 3 libellé comme suit:

„Au plus tard douze mois après la fin de l'exercice en question, la Caisse nationale de santé arrête le décompte définitif."

48° L'article 84, alinéa 4 est complété par la phrase suivante:

„Il en est de même du remboursement par la Mutualité des employeurs des charges salariales pendant la période prévue à l'article L. 121-6 du Code du travail."

49° L'article 150 prend la teneur suivante:

„**Art. 150.** La charge des cotisations incombe à l'employeur en ce qui concerne les assurés visés à l'article 85 sous 1), 2), 3), 6), 9), 10) et 11), à la congrégation religieuse en ce qui concerne les

assurés visés à l'article 85 sous 4) et à l'Etat en ce qui concerne les assurés visés à l'article 85 sous 5). La cotisation est à charge de l'assuré visé à l'article 85 sous 7), le cas échéant, en lieu et place du ou des assurés visés sous 8) du même article."

50° L'article 172, alinéa 1, point 7) prend la teneur suivante:

„7) les périodes à partir du 1er janvier 1990 pendant lesquelles une personne a assuré des soins au bénéficiaire d'une allocation de soins prévue par la loi du 22 mai 1989, d'une allocation spéciale pour personnes gravement handicapées au titre de la loi modifiée du 16 avril 1979, d'une majoration de la rente accident pour impotence ou d'une majoration de complément du revenu minimum garanti prévu par l'article 3, alinéa 4 de la loi modifiée du 26 juillet 1986;“

51° L'article 240, alinéa 1, points 1) et 2) prennent la teneur suivante:

„1) par parts égales aux assurés et aux employeurs pour autant qu'il s'agisse de périodes visées à l'article 171, 1), 5) et 11);

2) entièrement à charge de l'Etat pour les assurés visés à l'article 171, 8) et 12);“

52° L'article 249 prend la teneur suivante:

„**Art. 249.** Les conditions et modalités d'application de l'article 248 peuvent faire l'objet d'un règlement grand-ducal.“

53° L'article 306, paragraphe 6 prend la teneur suivante:

„(6) L'indemnité est suspendue pendant la période du droit à l'indemnité pécuniaire de maternité prévu à l'article 25 du Code de la sécurité sociale.“

54° A l'article 349, alinéa 2 les termes „aux articles 356, paragraphes 2 et 3, et 361“ sont remplacés par les termes „aux articles 356, paragraphe 1 et 2, et 361“.

55° L'article 349, alinéa 4 prend la teneur suivante:

„Le bénéfice des prestations du présent livre est encore ouvert si la personne protégée requiert des soins palliatifs.“

56° L'article 350, paragraphe 6 prend la teneur suivante:

„(6) Par dérogation aux dispositions qui précèdent, la personne bénéficiaire de soins palliatifs a droit en dehors des actes essentiels de la vie, aux prestations prévues à l'article 350, paragraphe 2, et à la prise en charge des produits nécessaires aux aides et soins et des aides techniques prévues à l'article 356, paragraphe 1. Ces prestations sont dispensées dans les limites prévues à l'article 353, sur base du relevé-type d'après les besoins effectifs constatés par le prestataire d'aides et de soins. Les modalités d'ouverture du droit aux prestations prévues ci-avant peuvent être précisées par règlement grand-ducal.“

57° L'article 377, alinéa 1 prend la teneur suivante:

„La contribution dépendance sur les revenus professionnels et les revenus de remplacement est due par les personnes assurées en vertu des articles 1er à 6. Toutefois, elle est à charge de l'assuré principal, de la congrégation ou de l'Etat pour les personnes visées respectivement au numéro 5), au numéro 6) et aux numéros 7), 13) et 15) de l'article 1er dans les conditions prévues à l'article 32.“

58° L'article 393 prend la teneur suivante:

„**Art. 393.** (1) La Commission de surveillance instituée par l'article 72, composée conformément au paragraphe 3 du présent article, est également compétente pour connaître des litiges lui déférés par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance ou par un des prestataires visés aux articles 389, 390 et 391 au sujet de l'application des lois, règlements ou conventions prévues au livre V du présent Code. Lorsque le litige porte sur la facturation de prestations à charge de l'assurance dépendance, la Commission de surveillance prononce la restitution des sommes indûment mises en compte par le prestataire ou, suivant le cas, la liquidation en faveur du prestataire, des créances indûment retenues par l'organisme gestionnaire. Les décisions de la Commission de surveillance sont susceptibles d'un recours à introduire par les parties au litige devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

(2) La Commission de surveillance est également compétente pour instruire les affaires qui sont portées devant elle par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance sur base des faits

signalés par le chargé de direction de la Cellule d'évaluation et d'orientation ou par son délégué susceptibles de constituer une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles auxquelles sont astreints les prestataires visés aux articles 389, 390, 391 et 394, ainsi que les personnes placées sous leur autorité ou agissant pour leur compte.

L'instruction a pour objet de constater dans le chef des prestataires visés aux articles 389, 390, 391 et 394:

- 1) toute inobservation des dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ayant abouti ou tenté d'aboutir à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation en nature ou en espèces par l'assurance dépendance;
- 2) le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fautive, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information par l'institution de sécurité sociale compétente ou par la Cellule d'évaluation et d'orientation;
- 3) tout agissement ayant pour effet de faire obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'institution de sécurité sociale compétente ou de la Cellule d'évaluation et d'orientation;
- 4) tout manquement aux formalités administratives imposées par les dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles;
- 5) le refus du prestataire de reporter dans le dossier de soins partagé les éléments issus de chaque acte ou consultation, dès lors que l'assuré ne s'est pas explicitement opposé au report de cet acte ou consultation dans son dossier de soins partagé;
- 6) la prescription ou l'exécution de prestations superflues ou inutilement onéreuses en violation de l'article 349, alinéa 3.

(3) Pour chaque affaire le président désigne les quatre délégués suivant les modalités suivantes:

- 1) deux délégués sont choisis par le président sur une liste de dix personnes établie par le comité directeur de la Caisse nationale de santé composé conformément à l'article 381. Six délégués figurant sur cette liste représentent les secteurs visés aux points 1 à 4 de l'article 46 et quatre délégués les secteurs visés aux points 5 à 7 du même article;
- 2) deux délégués sont choisis par le président sur une liste de dix personnes établie par chaque groupement professionnel signataire d'une convention prévue à l'article 388bis.

A défaut de listes présentées par le comité directeur de la Caisse nationale de santé composé conformément à l'article 381 ou par les groupements professionnels signataires d'une convention prévue à l'article 388bis, il appartient au ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions de les établir.

Le chargé de direction de la Cellule d'évaluation et d'orientation ou son délégué peut assister avec voix consultative aux réunions de la commission.

L'article 72, alinéas 1 et 5 sont applicables."

59° L'article 393bis prend la teneur suivante:

„**Art. 393bis.** Dans le cadre de son instruction visée à l'article 393, paragraphe 2, la Commission de surveillance convoque le ou les prestataires pour les entendre dans leurs explications. Elle peut décider la mise en intervention du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué et du chargé de direction de la Cellule d'évaluation et d'orientation ou de son délégué. Elle peut décider la jonction d'affaires.

La Commission de surveillance peut procéder à toute mesure d'investigation qu'elle peut déléguer au président ou au vice-président. Elle peut recourir au service d'experts et demander un avis à la Cellule d'évaluation et d'orientation.

Si, à la clôture de son instruction, la Commission de surveillance estime être en présence d'une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles au sens de l'article 393, paragraphe 2, alinéa 2, elle renvoie l'affaire devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

La Commission de surveillance peut préalablement à sa décision de renvoi décider de recourir à une médiation débouchant le cas échéant sur une transaction s'il lui apparaît qu'une telle mesure

est susceptible de mettre fin aux pratiques contraires aux dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles visées à l'article 393, paragraphe 2, alinéa 2, tout en assurant la réparation du préjudice économique subi par la Caisse nationale de santé."

60° A la suite de l'article 393bis il est inséré un nouvel article 393ter ayant la teneur suivante:

„Art. 393ter. Pour les affaires renvoyées par la Commission de surveillance, le Conseil arbitral de la sécurité sociale examine le rapport d'instruction de la Commission de surveillance et peut, après une procédure contradictoire en présence du prestataire, d'une part, et du chargé de direction de la Cellule d'évaluation et d'orientation ou de son délégué ou bien du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué, d'autre part, prononcer à l'encontre du prestataire concerné, en fonction de la nature et de la gravité des faits dont il est reconnu coupable:

- 1) une amende d'ordre au profit de l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance, ne pouvant dépasser vingt cinq mille euros. En cas de récidive dans un délai de deux ans l'amende d'ordre ne peut être ni inférieure à vingt cinq mille euros ni supérieure à cinq cent mille euros;
- 2) la restitution, à la Caisse nationale de santé, des montants indûment perçus, augmentés des intérêts légaux.

Les jugements du Conseil arbitral de la sécurité sociale sont susceptibles d'appel devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale quelle que soit la valeur du litige. L'appel qui, sous peine de forclusion, doit intervenir dans les quarante jours de la notification du jugement du Conseil arbitral de la sécurité sociale a un effet suspensif.

Les montants à payer ou à restituer par le prestataire en application des dispositions du présent article peuvent être compensés par la Caisse nationale de santé avec d'autres créances du prestataire ou être recouvrés par le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 429."

61° L'article 418 prend la teneur suivante:

„Art. 418. Une administration de l'Etat dénommée „Contrôle médical de la sécurité sociale“, placée sous la haute autorité du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale a dans ses attributions:

- 1) la constatation de l'incapacité de travail au sens de l'article 9 du Code de la sécurité sociale;
- 2) la constatation de l'invalidité selon les critères de l'article 187 du même Code;
- 3) la constatation du préjudice physiologique et d'agrément et, le cas échéant, la fixation de son taux définitif sur base du barème visé à l'article 119;
- 4) les avis et examens médicaux en vue de déterminer les douleurs physiques endurées et le préjudice esthétique sur base des échelles visées à l'article 120;
- 5) les avis et examens médicaux en relation avec la perte de salaire en matière d'assurance accident, les procédures de reclassement ou les mesures de reconversion professionnelle;
- 6) les examens de contrôle périodiques en relation avec l'incapacité de travail, l'hospitalisation et les cures;
- 7) l'autorisation de la prise en charge des traitements médicaux, médico-dentaires et paramédicaux, pour autant qu'elle est prescrite par les lois, règlements ou statuts, et leur surveillance;
- 8) l'avis au sujet des normes à établir par les statuts conformément à l'article 23 en vue de définir la consommation abusive de soins de santé par les assurés;
- 9) la constatation au moyen des rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes établis par la Caisse nationale de santé par voie informatique selon les modalités arrêtées en vertu de l'article 64, alinéa 2, point 5) avec la collaboration du Centre commun de la sécurité sociale, sur base de la banque de données afférente de l'Association d'assurance accident, de la Caisse nationale de santé et des caisses de maladie, de toute déviation injustifiée de l'activité professionnelle du prestataire;
- 10) l'étude, l'examen et la recommandation de mesures appropriées en matière de prévention et de réadaptation;
- 11) l'autorisation de la prise en charge de prothèses, orthèses et épithèses de tous genres, la surveillance de leur mise en place en bonne et due forme et le contrôle périodique afférent;

- 12) la vérification et le contrôle périodique des maladies ou infirmités donnant droit à des indemnités ou subventions à charge d'institutions ou de services à caractère social conformément aux dispositions légales, réglementaires ou statutaires;
- 13) les avis et examens médicaux en vue de l'octroi des cartes de priorité et d'invalidité;
- 14) la participation à l'établissement de statistiques concernant l'état de santé des personnes protégées;
- 15) la participation à l'information et à la formation continue du corps médical en matière de législation sociale;
- 16) les avis à fournir à la demande de la Caisse nationale de santé, notamment en matière de médicaments visés aux articles 22, 22bis et 22ter et des prestations de soins;
- 17) la constatation du droit aux soins palliatifs;
- 18) l'assistance à la Caisse nationale de santé dans le cadre du contrôle des mémoires d'honoraires établis par les prestataires de soins;
- 19) la saisine de la Commission de nomenclature en vue de l'introduction de nouveaux actes, de la précision du libellé d'actes litigieux ou de la révision d'actes existants.

Les attributions prévues à l'alinéa 1, points 1) à 6) et 12), sont exercées également pour les incapacités de travail indemnisées au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail, suivant des critères à définir par les statuts de la Caisse nationale de santé.

Les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale à caractère médical et à portée individuelle s'imposent aux institutions et administrations concernées qui peuvent demander de la part du Contrôle médical la motivation de son avis en vue d'appuyer leur position devant le Conseil arbitral et le Conseil supérieur de la sécurité sociale. Sans préjudice des dispositions qui précèdent, le Conseil arbitral et le Conseil supérieur de la sécurité sociale peuvent en tout état de cause instituer des experts indépendants. Si l'avis du Contrôle médical a été contredit par expertise médicale en première instance, l'institution ou l'administration concernée juge elle-même de l'opportunité de l'appel.

Si pour une même personne il y a contrariété entre les avis d'un médecin-conseil du Contrôle médical de la sécurité sociale et la Cellule d'évaluation et d'orientation, l'affaire est portée devant le médecin directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale qui arrête l'avis définitif.

En vue de l'attribution visée à l'alinéa 1, point 9, le Contrôle médical de la sécurité sociale est autorisé à créer une banque de données des incapacités de travail de tous les assurés. Les employeurs sont tenus de transmettre au Contrôle médical de la sécurité sociale, le cas échéant, sur support informatique les données nominatives concernant les congés de maladie des personnes relevant des caisses visées à l'article 44."

62° L'article 454, paragraphe 3, alinéa 6 prend la teneur suivante:

„Les chambres professionnelles désignent les candidats par vote secret à l'urne au scrutin de liste, suivant les règles de la représentation proportionnelle, l'ordre de présentation des candidats se faisant suivant les résultats obtenus lors de ce vote. En cas d'égalité de voix, la priorité revient au candidat le plus âgé. Les conditions et les modalités de la désignation des candidats sont déterminées par règlement grand-ducal.“

Art. 2. La loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers est modifiée comme suit:

1° L'article 1 est modifié comme suit:

a) Le point c) de l'alinéa 1 prend la teneur suivante:

„c) aux établissements d'accueil pour personnes en fin de vie;“

b) La définition de l'alinéa 5, sous c) prend la teneur suivante:

„c) „établissement d'accueil pour personnes en fin de vie“, tout établissement qui répond principalement aux besoins des personnes en fin de vie qui y accueillies, à l'exclusion de soins à visée principalement curative;“

2° L'article 2 prend la teneur suivante:

„**Art. 2.** Le ministre ayant dans ses attributions la Santé assure la coordination de tous les établissements hospitaliers.“

Un plan hospitalier national répondant tant aux besoins sanitaires du pays, qu'aux contraintes d'une utilisation efficiente des ressources du système hospitalier, en coordination avec les autres prestataires de soins de santé, sera établi par règlement grand-ducal, le collège médical et la Commission permanente pour le secteur hospitalier demandés en leurs avis, et sur la base des données à fournir par la carte sanitaire du Grand-Duché.

En fonction des besoins sanitaires nationaux, le plan hospitalier:

- arrête les modalités détaillées selon lesquelles sont classés les différents établissements hospitaliers et procède au classement des établissements existants;
- définit les différents services hospitaliers pouvant être autorisés, ainsi que pour chacun de ces services le nombre maximal autorisable au niveau national;
- définit les différents centres de compétences pouvant être autorisés, ainsi que pour chaque centre de compétences le nombre maximal autorisable au niveau national;
- détermine les actes techniques qui doivent être effectués exclusivement en milieu hospitalier.

Les services à caractère unique prendront la dénomination de services nationaux. Les centres de compétences à caractère unique prendront la dénomination de centres de compétences nationaux.

Pour chaque service hospitalier, le plan hospitalier peut fixer les nombres minimal et maximal de médecins autorisés à y exercer. Ces nombres seront fixés en fonction des impératifs de continuité des soins et d'activité moyenne minimale par médecin requise.“

3° L'article 3 est modifié comme suit:

a) L'énumération de l'alinéa 1 est complétée par un point e) nouveau, ainsi rédigé:

„e) l'inventaire des établissements ou services prestataires en milieu extrahospitalier collaborant activement avec le secteur hospitalier dans le cadre de filières de soins intégrées ou de centres de compétences.“

b) L'alinéa 3 prend la teneur suivante:

„Le ministre ayant dans ses attributions la Santé peut par ailleurs recourir aux données dépersonnalisées des administrations publiques, des établissements publics ou d'autres organismes luxembourgeois ou étrangers, ainsi que des différents établissements hospitaliers, relatives:

- aux séjours hospitaliers des différents patients: diagnostics, interventions, techniques spéciales, services d'hospitalisation et durée de séjour, âge, date d'admission, destination du patient après sortie;
- à l'utilisation des équipements médicaux des établissements hospitaliers: fréquence des différentes prestations par patient hospitalisé et ambulatoire, nombre de patients;
- à la fréquence et aux raisons du recours aux établissements hospitaliers étrangers.“

4° L'article 7, paragraphe 1 prend la teneur suivante:

„(1) Lorsqu'il appert, au vu d'un rapport du Directeur de la Santé qu'un établissement ou service hospitalier:

- ne répond plus aux normes établies conformément à l'article 10 de la présente loi, ou
- ne respecte pas les conditions particulières lui imposées dans l'intérêt de la santé publique conformément aux articles 2 et 4 de la présente loi, ou
- contrevient de façon itérative aux dispositions de la présente loi,

le ministre ayant dans ses attributions la Santé mettra l'organisme gestionnaire de l'établissement en question en demeure de se conformer aux normes dans un délai qu'il fixera et qui ne pourra pas être inférieur à une année ni dépasser cinq ans. Passé ce délai et à défaut par l'organisme gestionnaire de s'être conformé aux prescriptions, le ministre ayant dans ses attributions la Santé peut ordonner la fermeture de l'établissement ou du service après avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier. Ces avis doivent être fournis dans le mois de leur saisine.“

5° L'article 10, alinéa 2, point 2) prend la teneur suivante:

„2) l'aménagement et l'organisation de chaque type de service, notamment les conditions minima concernant les infrastructures, les équipements, le personnel tant médical que certaines pro-

fessions de santé ainsi que les procédures, les activités, et les modalités de documentation de l'activité, ainsi que l'évaluation des résultats d'activités.“

6° L'article 12 prend la teneur suivante:

„**Art. 12.** Sur décision de leurs organismes gestionnaires respectifs, des établissements hospitaliers peuvent mettre en commun des activités et bénéficier à ce titre des aides prévues à l'article qui précède, lorsqu'ils procèdent à des investissements communs.

Ces mises en commun doivent respecter les impératifs en matière de sécurité, de continuité des soins et de qualité de la prise en charge.“

7° L'article 13, alinéa 2 prend la teneur suivante:

„Un règlement grand-ducal détermine les modalités détaillées de la procédure de demande, notamment en ce qui concerne:

- les délais et modalités d'instruction du dossier;
- les pièces justificatives à joindre;
- les cas dans lesquels une étude des besoins et de l'impact sur le système de santé est requise, ainsi que l'étendue et les modalités de cette étude.“

8° L'article 18 prend la teneur suivante:

„**Art. 18.** Il est institué un commissaire de Gouvernement aux hôpitaux, qui est nommé par le Gouvernement en Conseil sur proposition du ministre ayant dans ses attributions la Santé.

La mission du commissaire consiste à:

- contrôler l'affectation des subventions publiques;
- contrôler la gestion administrative et financière des hôpitaux;
- faire des propositions en relation avec une meilleure utilisation des ressources;
- faciliter les projets d'intérêt commun des établissements hospitaliers;
- de tenir, sur base des informations à fournir par les établissements hospitaliers, le registre des médecins agréés dans les différents services hospitaliers.

Le commissaire de gouvernement peut prendre connaissance sans déplacement, des livres, procès-verbaux, factures et généralement de toutes les écritures relatives aux opérations administratives et financières de l'établissement. Il peut assister avec voix consultative aux délibérations de toute commission ou organe consultatif sous tutelle du ministre ayant dans ses attributions la Santé, lorsqu'un tel organe est saisi d'une question concernant le secteur hospitalier.

Il rend notamment compte de sa mission au ministre ayant dans ses attributions la Santé au moyen d'un rapport annuel qu'il adresse avant le 1er avril de l'année suivant l'exercice budgétaire visé.“

9° L'article 19 est modifié comme suit:

a) L'alinéa 2, point 5) prend la teneur suivante:

„5) les projets d'établissement.“

b) L'alinéa 4 prend la teneur suivante:

„La commission se compose:

- de deux représentants du ministre ayant dans ses attributions la Santé dont l'un est le Directeur de la Santé ou son représentant;
- de deux représentants du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité Sociale dont l'un est le directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale ou son représentant;
- d'un représentant du ministre ayant dans ses attributions le Budget;
- de trois représentants de la Caisse nationale de santé dont l'un est le président ou son représentant;
- de deux représentants proposés par le groupement le plus représentatif des hôpitaux luxembourgeois;
- de deux représentants des professions de la santé dont l'un est médecin proposé par l'association la plus représentative des médecins et médecins-dentistes et l'autre professionnel de santé proposé par le conseil supérieur des professions de santé.“

c) Les alinéas 8 et 9 prennent la teneur suivante:

„La commission est présidée par le directeur de la Santé ou son représentant. Elle peut se constituer en sous-commissions de travail et s’adjoindre des experts. Les avis de la commission sont pris dans le délai fixé par le ministre ayant dans ses attributions la Santé à la majorité des voix, chaque membre pouvant faire constater son vote au procès-verbal et y faire joindre un exposé de ses motifs. Le vote séparé et l’exposé des motifs sont transmis aux ministres compétents. En cas d’égalité des voix, celle du président est prépondérante.

Si les représentants de la Caisse nationale de santé opinent que la décision à prendre comporte des répercussions financières importantes pour l’assurance maladie-maternité, ils demandent une prolongation du délai fixé afin de faire examiner la proposition soumise par expertise à charge de la Caisse nationale de santé. La prolongation doit être accordée par le ministre ayant dans ses attributions la Santé et ne saurait être inférieure à trois mois.“

10° L’article 23 prend la teneur suivante:

„**Art. 23.** Dans chaque hôpital, groupement d’hôpitaux et établissement hospitalier spécialisé, l’organisme gestionnaire met en place des structures et des mécanismes de gestion des risques, d’évaluation et de promotion de la qualité des prestations, ainsi que de prévention, de signalement et de lutte contre les événements indésirables, y inclus la prévention et le contrôle de l’infection nosocomiale.

La coordination nationale des structures visées à l’alinéa qui précède est assurée par le Comité national de coordination de l’assurance qualité des prestations hospitalières. Les frais de fonctionnement et les indemnités des membres du Comité national de coordination sont à charge du budget de l’Etat.

Un règlement grand-ducal précise les missions et la composition minimale de ces structures, les modalités relatives à leur coordination, ainsi que l’indemnité des membres du Comité national de coordination.“

11° L’article 26 est modifié comme suit:

a) L’alinéa 1 prend la teneur suivante:

„Dans les hôpitaux, l’activité médico-soignante s’exerce dans des services médicaux autorisés conformément aux articles 4 et 5 et structurés conformément aux projets de service établis en cohérence avec le projet d’établissement dont question à l’article 22.

Chaque service constitue une unité d’organisation et de gestion comportant une ou plusieurs unités de soins. Par unité de soins on entend une unité fonctionnelle soit d’hospitalisation, soit médico-technique, prenant en charge des patients, située dans une même enceinte architecturale et relevant d’une dotation et d’une gestion commune.

L’organisation médicale et soignante des services médicaux est fixée dans le règlement général de l’hôpital.“

b) L’alinéa 5 est abrogé.

12° A la suite de l’article 26 est introduit un article 26bis nouveau, rédigé comme suit:

„**Art. 26bis.** Un „centre de compétences“ au sens des articles 2 et 3 est une entité organisationnelle qui rassemble à l’intérieur d’un ou plusieurs établissements hospitaliers des ressources d’un ou plusieurs services assurant une prise en charge interdisciplinaire intégrée de patients présentant une pathologie ou un groupe de pathologies.

La création d’un centre de compétences est soumise à autorisation du ministre ayant la Santé dans ses attributions qui demande au préalable l’avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier.

La demande d’autorisation est introduite par le groupement le plus représentatif des hôpitaux luxembourgeois sous forme d’un projet de centre de compétences.

Ce projet précise:

- les disciplines médicales impliquées, le domaine d’activité médicale projeté;
- les objectifs quantitatifs et qualitatifs visés;
- les ressources et équipements à y affecter spécifiquement pour atteindre ces objectifs, y inclus le nombre de lits et d’emplacements dans le ou les établissements abritant le centre;

- les modalités d’organisation médicale et soignante et de gestion du centre;
- les qualifications et compétences déterminant les modalités d’agrément des médecins et, le cas échéant, d’autres professionnels de santé collaborant dans le centre;
- l’organisation et les moyens mis en place pour assurer la continuité des prises en charge afférentes, conformes aux acquis de la science;
- la composition du conseil scientifique;
- le contenu minimal du rapport d’activité annuel;
- les modalités d’accompagnement par un comité d’évaluation et d’assurance qualité des prestations hospitalières.

Le ministre peut fixer des conditions ou modes spécifiques de prise en charge, des formes et règles de collaboration avec d’autres prestataires intervenant dans la filière de prise en charge en amont ou en aval du centre de compétences.

L’autorisation est accordée si le projet de centre de compétences répond aux besoins de la population fixés dans le plan hospitalier visé à l’article 2. Le refus d’autorisation doit être motivé.

Un règlement grand-ducal précise les modalités et les détails de la procédure à suivre pour l’obtention, la prolongation et le retrait de l’autorisation, ainsi que les missions et modalités d’organisation de fonctionnement et de désignation du Conseil scientifique.“

13° L’article 29 est complété comme suit:

„Des médecins-coordonateurs, nommés par l’organisme gestionnaire, participent au sein du département médical et sans préjudice des attributions de la direction médicale, au développement et à la coordination de l’activité médicale d’un ou d’un groupement de services hospitaliers conformément aux objectifs du ou des projet(s) de service afférents et aux orientations du projet d’établissement.

Ils assurent des fonctions de coordination et de planification de l’activité médicale du ou des service(s) et veillent:

- au bon fonctionnement du ou des services et à la qualité des prestations;
- à la standardisation de la prise en charge de patients;
- à l’utilisation efficiente des ressources disponibles.

Ils exercent leurs missions en collaboration avec le responsable des soins et le pharmacien responsable.

Dans l’exercice de leurs missions ils disposent d’un droit de regard sur l’activité de tous les intervenants du ou des services.

Un règlement grand-ducal précise le statut, les missions et les attributions des médecins-coordonateurs, ainsi que les modalités de leur désignation.“

14° L’article 31 prend la teneur suivante:

„**Art. 31.** Le médecin hospitalier est lié à l’établissement hospitalier soit par un contrat de travail, soit par un contrat de collaboration. Le médecin hospitalier exerce son activité à titre principal ou accessoire dans un ou plusieurs services hospitaliers sous sa propre responsabilité et sans lien de subordination sur le plan médical.

Le médecin:

- respecte le cadre défini par le règlement général visé à l’article 23;
- participe à la continuité des soins et des gardes;
- déclare et documente ses prestations effectuées à l’hôpital;
- participe à la démarche qualité et à la prévention des risques;
- utilise de manière efficiente les ressources disponibles.

Les contrats de collaboration des prestataires de soins non salariés exerçant dans les hôpitaux et établissements hospitaliers spécialisés doivent correspondre à un contrat-type, dont le contenu minimal est arrêté d’un commun accord entre les différents groupements professionnels des prestataires de soins et les groupements des hôpitaux prévus à l’article 62 du code des assurances sociales. A défaut de cet accord, le ministre de la Santé peut arrêter le contrat-type.“

15° L'article 33 prend la teneur suivante:

„**Art. 33.** La pharmacie hospitalière, obligatoire dans tout hôpital et établissement hospitalier visé à l'article 1er sous a) à c), fonctionne sous l'autorité et la surveillance d'un pharmacien-gérant.

Elle peut fonctionner sous forme d'un service intégré à l'établissement hospitalier ou être assurée à travers une structure interne réduite associée à une structure en dehors de l'établissement hospitalier, de façon à garantir la continuité des soins et les besoins urgents de l'établissement hospitalier. La structure en dehors de l'établissement hospitalier peut être une pharmacie hospitalière intégrée à un autre établissement hospitalier ou une structure à part commune à plusieurs établissements hospitaliers.

Un règlement grand-ducal détermine les conditions auxquelles la pharmacie hospitalière ou la structure à part doit répondre, en ce qui concerne:

- les exigences et modalités d'organisation et d'aménagement, y inclus les surfaces et équipements minimaux requis;
- les exigences et conditions auxquelles le pharmacien-gérant, les pharmaciens-assistants et le personnel doivent répondre, ainsi que leur statut et leurs attributions;
- les conditions et exigences minimales du stock pharmaceutique;
- l'organisation de la distribution des médicaments et autres produits relevant de la pharmacie hospitalière dans des conditions de sécurité et de qualité optimales, en assurant leur traçabilité;
- les catégories de médicaments ou autres produits relevant de la pharmacie hospitalière qui peuvent être délivrés à des patients ne séjournant pas à l'hôpital, ainsi que les modalités et conditions sous lesquelles la délivrance peut se faire.“

16° Les articles 16, 21, 34 et 35 sont abrogés.

Dispositions financières

Art. 3. Par dérogation à l'article 28, alinéa 1er du Code de la sécurité sociale, la limite inférieure de la réserve y prévue est réduite pour l'exercice 2011 à 5,5 pour cent, pour l'exercice 2012 à 6,5 pour cent, pour l'exercice 2013 à 7,5 pour cent et pour l'exercice 2014 à 8,5 pour cent.

Art. 4. Par dérogation aux articles 65, alinéa 2, et 67 à 70 du Code de la sécurité sociale, les valeurs des lettres-clés des prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, points 1 à 7 et 12 sont maintenues par rapport à leur valeur applicable au 31 décembre 2010 au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 pour la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2012.

Toutefois pour la même période, et par dérogation à l'alinéa précédent, la valeur de la lettre-clé de la nomenclature des médecins est fixée à 0,51109 à l'indice 100, celle de la nomenclature des médecins-dentistes est fixée à 0,62021 à l'indice 100 et celle de la nomenclature des infirmiers est fixée à 0,65251 à l'indice 100.

Art. 5. Par dérogation à l'article 65 du Code de la sécurité sociale, un règlement grand-ducal détermine les réductions nécessaires à opérer sur les coefficients des actes et services prévus dans les nomenclatures des médecins et des médecins-dentistes applicables au 31 décembre 2010, afin de dégager au profit de l'assurance maladie-maternité une économie correspondant pour l'exercice 2011 par rapport aux dépenses arrêtés dans le décompte de 2009 de la Caisse nationale de santé, à un montant de 6 millions d'euros au minimum et de 6,5 millions d'euros au maximum.

La Caisse nationale de santé et les groupements professionnels représentatifs des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique déterminent, dans le cadre et suivants les modalités prévues à l'article 65 du Code de la sécurité sociale, les adaptations à apporter aux coefficients des actes de la nomenclature afférente, afin de dégager au profit de l'assurance maladie-maternité une économie correspondant pour l'exercice 2011, par rapport aux dépenses arrêtées dans le décompte de l'exercice 2009 de la Caisse nationale de santé, à un montant de 2 millions d'euros au minimum et de 2,5 millions d'euros au maximum. Au cas où les mesures susceptibles d'engendrer les économies prévues ne peuvent entrer en vigueur pour le 1er avril 2011, les adaptations tarifaires correspondantes sont opérées par dérogation aux dispositions de l'article 65 précité par voie de règlement grand-ducal.

Art. 6. Par dérogation à l'article 74 du Code de la sécurité sociale, la progression annuelle, au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948, de l'enveloppe budgétaire globale pour la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2012 par rapport à l'année 2010 est fixée à 3 pour cent.

L'article 77 est suspendu pour les années 2011 et 2012.

Chaque établissement hospitalier soumet son budget pour les deux exercices à venir au plus tard le 1er mars 2011 à la Caisse nationale de santé.

Avant le 1er mai 2011, la Caisse nationale de santé soumet par écrit tout différend éventuel à une commission des budgets hospitaliers instituée dans le cadre de la convention prévue à l'article 75. Cette commission est composée de deux représentants de la Caisse nationale de santé et de deux représentants des hôpitaux, dont un de l'hôpital concerné, ainsi que d'un président désigné d'un commun accord par les parties. Si les parties ne s'entendent pas sur la personne du président, celui-ci est désigné d'après les modalités prévues à l'article 69, alinéa 2.

La commission est chargée d'une mission de conciliation dans le cadre de l'établissement des budgets à arrêter entre la Caisse nationale de santé et les différents hôpitaux. Si la commission ne parvient pas à concilier les parties dans les deux mois de la saisine, elle tranche le litige en dernier ressort avant le 1er juillet 2011.

Dispositions abrogatoires

Art. 7. L'article 18bis de la loi modifiée du 11 avril 1983 portant réglementation de la mise sur le marché et de la publicité des médicaments est abrogé.

Art. 8. L'article 2, alinéa 5 de la loi modifiée du 17 mai 2004 relative à la concurrence est abrogée.

Dispositions transitoires

Art. 9. En attendant la constitution de la Commission de nomenclature suivant les modalités de désignation prévues par la présente loi, ses attributions sont provisoirement exercées par la Commission de nomenclature en fonction au 31 décembre 2010 jusqu'au 30 juin 2011.

Art. 10. Les autorisations d'exploitation d'un service de base d'un établissement hospitalier, accordés par le ministre ayant la Santé dans ses attributions en application du règlement grand-ducal du 13 mars 2009 établissant le plan hospitalier national et déterminant les missions et la composition minimales des structures d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières et les modalités de coordination nationale de ces structures, restent valables.

Art. 11. Les anciens articles 47, 51, 72, 72bis, 73, 146, alinéa 2, 383, 393 et 393bis du Code de la sécurité sociale demeurent applicables pour les litiges ayant fait l'objet d'une décision présidentielle de l'institution compétente avant le 31 décembre 2010.

Aux fins de la constitution de la Commission de surveillance visée aux articles 72, 73, 73bis, 393, 393bis et 393ter nouveaux du Code de la sécurité sociale, il sera procédé au cours du mois de janvier 2011 aux nominations et à l'établissement des listes d'après les dispositions de la présente loi.

Art. 12. Par dérogation aux dispositions de l'article 69, alinéa 2, point 3) du Code de la sécurité sociale, le premier délai de négociation disponible pour l'élaboration des dispositions obligatoires de la convention visées à l'article 64 et à l'article 66, alinéa 3 est fixé à dix-huit mois à partir de la convocation faite par la Caisse nationale de santé.

Art. 13. (1) Aux fins de la mise en place de la Cellule d'expertise médicale les ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale sont autorisés à procéder, au courant de l'exercice 2011, par dépassement des nombres limites prévus par la loi budgétaire à l'engagement, à titre permanent et à tâche complète:

1) pour les besoins de la Direction de santé d'un fonctionnaire de la carrière supérieure du médecin-chef de service;

- 2) pour les besoins du Contrôle médical de la sécurité sociale d'un fonctionnaire de la carrière supérieure du médecin-conseil;
- 3) pour les besoins de l'Inspection générale de la sécurité sociale de deux fonctionnaires de la carrière moyenne du rédacteur et de deux employés de l'Etat de la carrière S pouvant se prévaloir d'une formation respectivement en économie de la santé et en sciences mathématiques.

(2) Pour les emplois prévus dans la carrière S au paragraphe 1 sous 3), l'Inspection générale de la sécurité sociale peut procéder par dérogation à l'article 3, alinéa 2 de la loi modifiée du 27 janvier 1972 fixant le régime des employés de l'Etat à l'engagement de l'expert en économie de la santé occupé actuellement dans le cadre d'un contrat de prestations de service et de la licenciée en mathématiques occupée dans le cadre d'un projet de recherche.

(3) Par dépassement des nombres limites fixées dans la loi budgétaire, le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale est autorisé à procéder au courant de l'exercice 2011 à l'engagement, à titre permanent et à tâche complète, de deux fonctionnaires de la carrière supérieure du médecin-conseil pour les besoins du Contrôle médical de la sécurité sociale.

(4) Par dépassement des nombres limites fixées dans la loi budgétaire, le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale est autorisé à procéder au courant de l'exercice 2011 à l'engagement, à titre permanent et à tâche complète, d'un fonctionnaire de la carrière supérieure pouvant se prévaloir d'une formation en économie ou en statistiques et d'un fonctionnaire de la carrière moyenne du rédacteur pour les besoins de l'Inspection générale de la sécurité sociale.

Art. 14. L'Etat prend en charge, jusqu'au 31 décembre 2013, une dotation annuelle de 20 millions d'euros au profit de l'assurance maladie-maternité destinée à compenser de façon forfaitaire les charges supplémentaires incombant à la Caisse nationale de santé du fait de l'incorporation des prestations en espèces de maternité dans le régime général de l'assurance maladie-maternité.

L'Inspection générale de la sécurité sociale est chargée d'évaluer cette somme avant l'échéance susvisée.

Entrée en vigueur

Art. 15. La présente loi sort ses effets au 1er janvier 2011, à l'exception de:

- l'article 1er, point 7 introduisant un nouvel article 19bis dans le Code de la sécurité sociale qui entre en vigueur le 1er janvier 2012;
- l'article 1er, point 10 introduisant un nouvel article 22bis dans le Code de la sécurité sociale qui entre en vigueur le 1er janvier 2012;
- l'article 1er, point 11 introduisant un nouvel article 22ter dans le Code de la sécurité sociale et de l'article 8 du projet de loi qui entrent en vigueur le 1er septembre 2011;
- l'article 1er, point 44 modifiant l'article 74, alinéa 8 du Code de la sécurité sociale qui entre en vigueur le 1er avril 2011.

Luxembourg, le 15 décembre 2010

La Présidente-Rapporteuse,
Lydia MUTSCH

6196/14

N° 6196¹⁴

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2010-2011

PROJET DE LOI**portant réforme du système de soins de santé et modifiant:**

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

* * *

**DEPECHE DU PRESIDENT DE LA CHAMBRE DES DEPUTES
AU PRESIDENT DU CONSEIL D'ETAT**

(16.12.2010)

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous informer que lors de la relecture du texte coordonné, il s'est avéré que des erreurs de renvoi se sont glissées dans le corps de l'article 15. Lors de sa réunion du 15 décembre 2010, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale a décidé de redresser ces erreurs et de soumettre le texte corrigé à un nouveau vote de la Chambre des Députés qui a eu lieu le 16 décembre 2010. Ce vote sur l'ensemble de la loi remplace le vote du 14 décembre 2010.

Le texte de la loi étant par ailleurs resté le même, l'article 15 se lit dorénavant comme suit:

Art. 15. La présente loi sort ses effets au 1er janvier 2011, à l'exception de:

- l'article 1er, point 7 introduisant un nouvel article 19bis dans le Code de la sécurité sociale qui entre en vigueur le 1er janvier 2012;
- l'article 1er, point 10 introduisant un nouvel article 22bis dans le Code de la sécurité sociale qui entre en vigueur le 1er janvier 2012;
- l'article 1er, point 11 introduisant un nouvel article 22ter dans le Code de la sécurité sociale et de l'article 8 du projet de loi qui entrent en vigueur le 1er septembre 2011;
- l'article 1er, point 44 modifiant l'article 74, alinéa 8 du Code de la sécurité sociale qui entre en vigueur le 1er avril 2011.

Tout en vous présentant les excuses de la Chambre des Députés pour cette malencontreuse inadvertance, je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments très distingués.

Le Président de la Chambre des Députés,
Laurent MOSAR

Service Central des Imprimés de l'Etat

6196/15

N° 6196¹⁵**CHAMBRE DES DEPUTES**

Session ordinaire 2010-2011

PROJET DE LOI**portant réforme du système de soins de santé et modifiant:**

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

* * *

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

(17.12.2010)

Le Conseil d'Etat,

appelé par dépêche du Premier Ministre, Ministre d'Etat, du 5 octobre 2010 à délibérer sur la question de dispense du second vote constitutionnel du

PROJET DE LOI**portant réforme du système de soins de santé et modifiant:**

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

qui a été adopté par la Chambre des députés dans sa séance du 16 décembre 2010 et dispensé du second vote constitutionnel;

Vu ledit projet de loi et les avis émis par le Conseil d'Etat en ses séances des 23 novembre 2010 et 7 décembre 2010;

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 17 décembre 2010.

Le Secrétaire général,
Marc BESCH

Le Président,
Georges SCHROEDER

Service Central des Imprimés de l'Etat

6196 - Dossier consolidé : 446



CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2010-2011

TB/AF

Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

Procès-verbal de la réunion du 15 décembre 2010

ORDRE DU JOUR :

- 6196 Projet de loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant:
1. le Code de la Sécurité sociale;
 2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers
 - Rapportrice : Madame Lydia Mutsch
 - Mise en application

*

Présents : Mme Sylvie Andrich-Duval, M. Eugène Berger, M. Félix Braz, M. Jean Colombera, Mme Claudia Dall'Agnol, M. André Hoffmann, M. Lucien Lux, M. Paul-Henri Meyers, Mme Lydia Mutsch, M. Jean-Paul Schaaf, M. Marc Spautz

Mme Tania Braas, Administration parlementaire

M. Claude Frieseisen, Secrétaire général

Mme Isabelle Barra, Secrétaire générale adjointe

M. Benoît Reiter, Secrétaire général adjoint

M. Paul Schmit, Inspection générale de la Sécurité sociale

*

Présidence : Mme Lydia Mutsch, Présidente de la Commission

*

6196 Projet de loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant:
1. le Code de la Sécurité sociale;
2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers

Mme la Présidente informe les membres de la Commission que lors de la relecture du texte coordonné du projet de loi 6196 voté le 14 décembre 2010, il s'est avéré que d'autres erreurs de renvoi se sont encore glissées dans le corps de l'article 15, de sorte que la Commission doit maintenant prendre une décision quant à la manière la plus appropriée permettant de redresser ces erreurs.

Le représentant de l'IGSS explique que ces erreurs de renvoi auront comme conséquence que les dispositions relatives au médecin référent, d'une part, et les dispositions ayant trait à la débudgétisation de l'activité ambulatoire des laboratoires hospitaliers, d'autre part, entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2011 et non pas seulement le 1^{er} janvier 2012 respectivement le 1^{er} avril 2011.

Aux yeux de M. le Secrétaire général de la Chambre des Députés, trois possibilités permettant de redresser ces erreurs matérielles sont envisageables, à savoir :

1. envoi d'une lettre d'information relative au redressement de ces erreurs matérielles au Conseil d'Etat et redressement de ces erreurs dans le texte voté par la Chambre des Députés. Ainsi, le texte modifié serait publié au Mémorial ou ;
2. dépôt d'un projet de loi rectificatif ou ;
3. annulation du vote du 14 décembre 2010 et soumission du projet de loi rectifié à un nouveau vote.

Quant à la première solution, il est souligné que l'envoi d'une simple lettre d'information relative au redressement de ces erreurs au Conseil d'Etat, ne résout pas le problème quant au fond, étant donné que lors de la séance publique fixée au 17 décembre 2010, la Haute Corporation se prononcera sur la dispense du second vote constitutionnel du présent projet de loi, tel qu'il a été voté, le 14 décembre 2010.

Vu l'urgence, la deuxième solution est également à rejeter.

L'orateur propose de retenir la troisième solution, qui à son avis semble être réalisable, étant donné que le texte voté par la Chambre des Députés n'a pas encore été publié au Mémorial et que les textes légaux applicables en la matière n'interdisent pas à la Chambre des Députés d'annuler le vote et de procéder à un nouveau vote d'un texte de loi.

En ce qui concerne le déroulement pratique de la séance publique du 16 décembre 2010, il est suggéré que le Président de la Chambre des Députés proposera à la Chambre des Députés un ordre du jour modifié (le projet de loi 6196 serait inséré entre le premier et le deuxième projet de loi figurant à l'ordre du jour) et qu'en cas d'acceptation de ce nouvel ordre du jour, ce dernier l'informerait de l'existence d'autres erreurs matérielles dans le texte voté le 14 décembre 2010 et la demanderait si elle se déclare d'accord à ce que le texte corrigé soit soumis à un nouveau vote de la Chambre des Députés. Ce vote portera sur l'ensemble du projet de loi 6196, conformément à l'article 65 de la Constitution. Il annulera et remplacera le vote du 14 décembre 2010.

La Commission se déclare d'accord avec cette proposition et décide de déposer un rapport complémentaire comportant les modifications opérées à l'endroit de l'article 15 et de proposer un nouveau texte corrigé à la Chambre des Députés.

Luxembourg, le 20 décembre 2010

La secrétaire,
Tania Braas

La Présidente
Lydia Mutsch



CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2010-2011

TB/AF

Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

Procès-verbal de la réunion du 09 décembre 2010

ORDRE DU JOUR :

1. Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 2 décembre 2010
2. 6196 Projet de loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant:
 1. le Code de la Sécurité sociale;
 2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers
 - Rapportrice : Madame Lydia Mutsch
 - Examen de l'avis complémentaire du Conseil d'Etat
 - Présentation et adoption d'un projet de rapport
3. 6177 Projet de loi portant introduction d'un taux de cotisation unique dans l'assurance accident et modifiant:
 1. le Code de la sécurité sociale;
 2. la loi modifiée du 18 avril 2008 concernant le renouvellement du soutien au développement rural
 - Rapportrice : Madame Lydia Mutsch
 - Examen de l'avis complémentaire du Conseil d'Etat
 - Présentation et adoption d'un projet de rapport
4. 6217 Projet de loi portant ajustement des pensions et rentes accident au niveau de vie de 2009
 - Rapportrice : Madame Claudia Dall'Agnol
 - Présentation et adoption d'un projet de rapport

*

Présents : Mme Sylvie Andrich-Duval, M. Félix Braz, M. Jean Colombera, Mme Claudia Dall'Agnol, M. Lucien Lux, Mme Martine Mergen, M. Paul-Henri Meyers, Mme Lydia Mutsch, M. Jean-Paul Schaaf, M. Marc Spautz, M. Carlo Wagner

M. Mars Di Bartolomeo, Ministre de la Santé, Ministre de la Sécurité sociale

Mme Toinie Wolter, Inspection générale de la Sécurité sociale

M. Paul Schmit, Inspection générale de la Sécurité sociale

M. Raymond Wagener, Inspection générale de la Sécurité sociale

M. Frank Gansen, Ministère de la Santé

M. Paul Hansen, Office des Assurances sociales

M. Claude Seywert, Association d'assurance contre les accidents

M. Martin Bisenius et Mme Tania Braas, Administration parlementaire

*

Présidence : Mme Lydia Mutsch, Présidente de la Commission

*

1. **Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 2 décembre 2010**

L'approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 2 décembre 2010 est reportée à une prochaine réunion.

2. **6196 Projet de loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant:**
1. le Code de la Sécurité sociale;
2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers

La Commission procède à l'examen de l'avis complémentaire du Conseil d'Etat du 7 décembre 2010, portant sur les amendements parlementaires - au nombre de 30 - du 26 novembre 2010.

La très grande majorité des amendements sont approuvés par le Conseil d'Etat, respectivement ne donnent pas lieu à observation de sa part.

En ce qui concerne les amendements plus amplement commentés ou faisant l'objet de propositions de texte du Conseil d'Etat, la Commission retient ce qui suit :

Amendements 6 et 7

L'amendement 6 a pour objet de compléter à l'article 60ter les missions de l'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé par un point 5) dédié à la communication envers les patients et prestataires sur le fonctionnement du dossier de partage et de la plateforme, dont notamment les droits des utilisateurs et les mesures de sécurité mises en place.

En effet, tel que le fait ressortir l'avis de la CNPD, l'Agence a une responsabilité propre particulière. En tant que responsable du traitement, elle doit notamment respecter une obligation d'information vis-à-vis des personnes concernées.

Dans son avis complémentaire, le Conseil d'Etat propose de donner au point 5) introduit par l'amendement 6 la teneur suivante: « 5) *l'information des patients et prestataires sur les*

modalités opérationnelles et les mesures de sécurité en rapport avec le dossier de soins partagé et la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé.»

La commission décide de reprendre ce texte.

Les modifications apportées par l'amendement parlementaire 7 se rapportent à l'article 60quater et se résument comme suit:

1) La première modification, inscrite au paragraphe (3), vise à souligner le caractère secret des informations partagées à des finalités précises, qui s'inscrivent dans le cadre de la relation entre le patient et le prestataire de soins de santé. La formulation proposée correspond à celle suggérée par la CNPD à la page 7 de son avis.

Le texte amendé traduit le souci de la CNPD de déterminer les différents niveaux d'accès non seulement par rapport aux différentes catégories de prestataires, mais également par rapport aux différentes catégories de données. Concrètement se trouve ainsi consacré le droit du patient de ne pas porter à la connaissance des prestataires autorisés certains groupes d'information qu'il considère comme particulièrement sensibles. Il est entendu que la mise en œuvre de cet accès conditionné requerra des solutions techniques sophistiquées, à la hauteur de la complexité du problème.

2) La suppression de l'accès des directions des établissements hospitaliers au paragraphe (3) répond à une observation formulée par le Conseil d'Etat.

3) Le paragraphe (4) est complété, afin de préciser que le patient dispose d'un droit d'information sur les accès et les personnes ayant accédé à son dossier de soins partagé.

La commission souligne qu'il s'agit en l'occurrence d'une garantie essentielle supplémentaire pour le patient, qui est susceptible de renforcer l'acceptation du système auprès du grand public. La loi assure ainsi au patient d'être informé sur les consultations successives de son dossier. En d'autres termes, la traçabilité des consultations du dossier traduit concrètement le droit d'information du patient sur l'identité des personnes ayant accédé à son dossier.

4) L'ajout au point 3) du paragraphe (6) permet une granularité des niveaux d'accès aux données de la plateforme tenant non seulement compte de la catégorie du prestataire, mais aussi de la sensibilité attachée par le patient à certaines données de santé (page 6 de l'avis de la CNPD).

5) Conformément à la recommandation formulée à la page 9 de l'avis de la CNPD, le nouveau point 3) vise à inscrire dans la loi l'exigence d'un niveau de sécurité particulièrement élevé de la plateforme. Les modalités et mesures de détail seront précisées par règlement grand-ducal pris sur avis de la CNPD.

Le paragraphe (2) de l'article 60ter CSS prévoit que la fonction de l'Agence « est confiée à un groupement d'intérêt économique, regroupant l'Etat, la Caisse nationale de santé et le Centre commun de la sécurité sociale, ainsi que des organismes représentatifs des prestataires des soins et des associations représentant l'intérêt des patients. »

En ce qui concerne l'expression « des associations représentant l'intérêt des patients », la commission précise qu'il s'agit d'un terme générique ne visant pas concrètement une association déterminée, ceci en attendant que la future législation sur les droits des patients crée la base pour la constitution d'un ou de plusieurs organismes réellement représentatifs des intérêts des patients.

Dans son avis complémentaire, le Conseil d'Etat approuve quant au fond les modifications que les amendements 6 et 7 apportent au texte de loi et qui tiennent compte des recommandations que la Commission nationale pour la protection des données a formulées dans son avis du 24 novembre 2010.

En ce qui concerne la formulation des missions de l'Agence, la Commission décide de reprendre le texte tel que reformulé par le Conseil d'Etat au point 2) du paragraphe 1er de l'article 60ter, ainsi libellé:

« 2) la promotion de l'interopérabilité et de la sécurité dans la mise en place de systèmes d'information de santé, moyennant:

- la production et la promotion de référentiels contribuant à l'interopérabilité et à la sécurité des systèmes d'information de santé;*
- la mise en œuvre d'une convergence des systèmes d'information de santé grâce à l'implémentation des référentiels d'interopérabilité ;*
- la veille des normes et standards pour les systèmes d'information en santé;*
- la collaboration avec les organisations internationales en charge de la standardisation dans le domaine des systèmes d'information de santé. »*

Par ailleurs, pour donner plein effet aux recommandations de la Commission nationale pour la protection des données, et afin de respecter l'obligation découlant de l'article 4 de la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement de données à caractère personnel, le Conseil d'Etat exige sous peine d'opposition formelle de compléter l'article 60ter par un paragraphe 4 nouveau libellé comme suit:

« (4) L'Agence constitue le responsable du traitement des données à caractère personnel au sens de l'article 4 de la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement de données à caractère personnel. »

La commission se rallie à ce texte.

En ce qui concerne la proposition du Conseil d'Etat visant à supprimer la communication des résultats des examens d'analyses de biologie médicale et d'imagerie médicale au point 2 du paragraphe 2 de l'article 60quater au motif qu'elle tombe déjà sous le champ de l'article 60bis, alinéa 1, les experts gouvernementaux soulignent que l'article 60bis a trait au dossier de soins de chaque prestataire de soins tandis que l'article 60quater a trait au dossier de soins partagé, de sorte qu'il faut maintenir le point 2 du paragraphe 2 de l'article 60quater.

Compte tenu des explications gouvernementales, la commission décide de reprendre l'ensemble des modifications ponctuelles formulées par le Conseil d'Etat à l'endroit de l'article 60quater, à l'exception de sa proposition visant la suppression de la communication des résultats des examens d'analyses de biologie médicale et d'imagerie médicale au point 2 du paragraphe 2.

Amendement 8

L'amendement 8 vise à redéfinir la composition de la commission de nomenclature.

Dans son avis complémentaire, le Conseil d'Etat souligne qu'il approuve le fait que la Commission de nomenclature pourra comporter désormais un membre désigné par le groupement représentatif des hôpitaux. Il a estimé que cette modification se justifie lorsque ce groupement représente des hôpitaux occupant des médecins salariés ou d'autres

employés dont les honoraires sont déterminés par une nomenclature visée par l'article sous revue.

Dans le même ordre d'idées, le Conseil d'Etat estime qu'il faudra qu'un membre représentant le groupement représentatif des hôpitaux fasse partie de la Commission de nomenclature lorsque celle-ci est saisie d'un sujet concernant la nomenclature des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique, étant donné que selon l'article 74 du CSS, « les actes et prestations dispensés par un laboratoire hospitalier en milieu extrahospitalier et figurant dans la nomenclature des actes et des services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique sont pris en charge suivant les modalités régissant le milieu extrahospitalier » et que les hôpitaux sont donc désormais directement concernés par l'application de cette nomenclature.

Par conséquent, le Conseil d'Etat propose de reformuler l'alinéa 9 de l'article 65 du CSS comme suit:

« Lorsque la Commission de nomenclature est amenée à statuer en matière d'actes et services relevant de la nomenclature des médecins et dispensés en milieu hospitalier ou de la nomenclature des laboratoires d'analyses de biologie médicale, la composition de la Commission de nomenclature est complétée par deux membres devant avoir la qualité de médecin et désignés respectivement par arrêté conjoint des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale et par le groupement représentatif des hôpitaux. »

La commission se rallie à cette proposition de texte du Conseil d'Etat.

Amendement 24

Le point 14 du texte gouvernemental proposait d'introduire un nouvel article *26bis* consacré aux « filières de soins intégrées » et aux « centres de compétences ».

Dans son premier avis, le Conseil d'Etat a estimé que les caractéristiques des filières de soins, d'une part, et des centres de compétences, d'autre part, ne sont pas décrites avec la clarté requise et que les responsabilités des différents acteurs ne sont pas suffisamment définies pour qu'il puisse approuver l'article *26bis*.

Selon le Conseil d'Etat, des filières de soins ont comme objet une organisation cohérente de soins de nature différente autour de la prise en charge globale de personnes présentant une ou plusieurs pathologies données, permettant d'augmenter la qualité de soins et d'allouer les ressources en place de manière efficiente. Il s'agit donc d'un modèle d'organisation de la mise en œuvre d'un programme de soins qui restera individualisé en tenant compte des besoins particuliers d'un patient donné, mais qui obéira à un déroulement cohérent respectant les impératifs qualitatifs et l'utilisation économique des ressources.

Les centres de compétences par contre seraient des unités d'organisation et de gestion développées autour de la prise en charge d'une pathologie donnée ou d'un complexe de pathologies afin d'obtenir une concentration des ressources et/ou une masse critique des cas à traiter (exemples: certaines affections cancérologiques – comme le cancer du sein, le cancer du poumon, les cancers digestifs –, les accidents vasculaires cérébraux, les transplantations rénales, les pathologies liées à l'environnement).

Le Conseil d'Etat exige que l'article *26bis* soit reformulé afin de mieux distinguer « filières de soins » et « centres de compétences ».

Sans remettre en cause l'utilité des concepts et la nécessité de mise en œuvre des filières de soins et des centres de compétence, la Commission a décidé dans un premier temps de supprimer le point 12 (amendement parlementaire 24), étant donné qu'elle ne dispose pas à l'heure actuelle des éléments lui permettant de formuler une nouvelle proposition de cette disposition avec la précision requise par le Conseil d'Etat.

Toutefois dans son avis complémentaire, le Conseil d'Etat estime il y a lieu de définir impérativement dans la loi l'expression « centres de compétences » entrant dans la disposition des articles 2 et 3 de la loi précitée et des articles 65 et 74 CSS.

Aussi, le Conseil d'Etat propose-t-il de donner à cet article le libellé suivant:

*« **Art. 26bis.** Un « centre de compétences » au sens des articles 2 et 3 est une entité organisationnelle qui rassemble à l'intérieur d'un ou plusieurs établissements hospitaliers des ressources d'un ou plusieurs services assurant une prise en charge interdisciplinaire intégrée de patients présentant une pathologie ou un groupe de pathologies.*

La création d'un centre de compétences est soumise à autorisation du ministre ayant la Santé dans ses attributions qui demande au préalable l'avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier.

La demande d'autorisation est introduite par le groupement le plus représentatif des hôpitaux luxembourgeois sous forme d'un projet de centre de compétences.

Ce projet précise:

- les disciplines médicales impliquées, le domaine d'activité médicale projeté;*
- les objectifs quantitatifs et qualitatifs visés;*
- les ressources et équipements à y affecter spécifiquement pour atteindre ces objectifs, y inclus le nombre de lits et d'emplacements dans le ou les établissements abritant le centre;*
- les modalités d'organisation médicale et soignante et de gestion du centre;*
- les qualifications et compétences déterminant les modalités d'agrément des médecins et, le cas échéant, d'autres professionnels de santé collaborant dans le centre;*
- l'organisation et les moyens mis en place pour assurer la continuité des prises en charge afférentes, conformes aux acquis de la science;*
- la composition du conseil scientifique;*
- le contenu minimal du rapport d'activité annuel;*
- les modalités d'accompagnement par un comité d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières.*

Le ministre peut fixer des conditions ou modes spécifiques de prise en charge, des formes et règles de collaboration avec d'autres prestataires intervenant dans la filière de prise en charge en amont ou en aval du centre de compétences.

L'autorisation est accordée si le projet de centre de compétences répond aux besoins de la population fixés dans le plan hospitalier visé à l'article 2. Le refus d'autorisation doit être motivé.

Un règlement grand-ducal précise les modalités et les détails de la procédure à suivre pour l'obtention, la prolongation et le retrait de l'autorisation, ainsi que les missions et modalités d'organisation de fonctionnement et de désignation du Conseil scientifique. »

La commission décide de reprendre ce texte.

Le projet de rapport établi par la rapportrice Mme Lydia Mutsch ainsi complété est adopté à la majorité des voix, moins deux votes négatifs (M. Wagner et M. Colombera) et une abstention (M. Braz).

3. 6177 Projet de loi portant introduction d'un taux de cotisation unique dans l'assurance accident et modifiant:
1. le Code de la sécurité sociale;
2. la loi modifiée du 18 avril 2008 concernant le renouvellement du soutien au développement rural

La Commission procède à l'examen de l'avis complémentaire du Conseil d'Etat du 7 décembre 2010.

Article 1^{er} (amendements 1 à 5)

Dans son avis complémentaire du 7 décembre 2010, le Conseil d'Etat se prononce contre la réintroduction de la notion de classes de risque aux seules fins de l'application d'un système bonus/malus, au motif que cette notion sèmerait la confusion dans un projet de loi qui prône précisément la solidarité de toutes les entreprises indépendamment des risques inhérents à leur activité.

Comme le relève le Conseil d'Etat à juste titre, le système bonus/malus a pour finalité d'inciter les entreprises « à prendre les mesures nécessaires pour minimiser les risques dans leur activité ». Or, ce but ne saurait être atteint en comparant les entreprises sans tenir compte du risque inhérent à leur activité. En effet, cette approche pénaliserait inévitablement les entreprises à risque élevé en favorisant celles à faible risque (p.ex. le secteur tertiaire). Si par contre, le système bonus/malus consiste à comparer des entreprises à risque similaire, il incite chacune d'elles à faire des efforts en matière de prévention des accidents. D'ailleurs, le texte de l'article 158 tel que proposé par le Conseil d'Etat semble baser le système bonus/malus également sur le « risque inhérent à l'activité ». Tout système bonus/malus performant et juste devra comparer les entreprises à risque similaire regroupées dans des classes de risque.

Les experts gouvernementaux soulignent qu'à défaut de classement des entreprises dans des classes de risque, les entreprises à faible risque bénéficieraient toujours du taux de bonus maximal tandis que les entreprises à haut risque se verraient toujours appliquer le taux de malus minimal. Ainsi, le taux unique serait miné en quelque sorte. Il est précisé que les nouvelles classes de risque vont différer des classes de risque actuelles qui sont des classes de cotisation. Elles constitueront plutôt des classes de risque virtuelles visant à comparer des entreprises à risques similaires afin de récompenser respectivement de "pénaliser" les entreprises de façon ciblée en cas de bonnes performances respectivement de dérapages dans le domaine de la sécurité sur le lieu de travail.

Compte tenu des explications gouvernementales, la Commission décide de maintenir le texte dans la teneur des amendements du 26 novembre 2010.

Article 3 nouveau

Cet amendement ne donne pas lieu à observation de la part du Conseil d'Etat.

Le projet de rapport établi par la rapportrice Mme Lydia Mutsch est adopté à l'unanimité des membres de la commission présents ou représentés.

4. 6217 Projet de loi portant ajustement des pensions et rentes accident au niveau de vie de 2009

Mme la Rapportrice présente succinctement son projet de rapport pour les détails duquel il est prié de se référer au document parlementaire 6217³. L'oratrice précise encore que pour donner suite à la demande d'un membre de la Commission, le rapport du Gouvernement à la Chambre des Députés sur l'évolution du niveau moyen des salaires et des traitements en vue de la révision du facteur d'ajustement a été transmis à la Chambre des Députés (doc. parl. 6217^A).

Le projet de rapport établi par la rapportrice Mme Claudia Dall'Agnol est adopté à la majorité des voix, moins un vote négatif (M. Wagner) et une abstention (M. Colombera).

*

En fin de réunion, M. le Ministre fait distribuer une note financière par rapport au projet de loi n°6196 portant réforme du système de soins de santé, annexée au présent projet de procès-verbal, afin de donner suite à la demande d'un membre de la Commission formulée lors de la réunion du 25 novembre 2010 de fournir à la Commission des chiffres actualisés sur l'impact financier des mesures prévues par ledit projet de loi.

Luxembourg, le 20 décembre 2010

La secrétaire,
Tania Braas

La Présidente,
Lydia Mutsch

Annexe : - Note financière par rapport au projet de loi n°6196 portant réforme du système de soins de santé



Note à l'attention de la Commission parlementaire de la Santé et de la Sécurité sociale

Note financière par rapport au projet de loi n°6196 portant réforme du système de soins de santé

Lors de la réunion de la Commission parlementaire de la Santé et de la Sécurité sociale du 25 novembre 2010, les honorables députés reprenaient une critique exprimée par le Conseil d'Etat dans son avis du 23 novembre 2010 et avaient regretté l'absence d'une fiche financière en relation au projet de loi sous-rubrique.

Avant de répondre au moins partiellement à cette demande, il y a lieu de rappeler que le projet de loi dans sa version déposée comprenait une analyse financière complète de la situation financière de l'assurance maladie-maternité, de l'impact du projet de réforme sur ces comptes et des autres mesures impactant les finances aussi bien de l'Etat, de la CNS, du patronat, des assurés et des patients. En outre, des informations financières supplémentaires furent fournies à la Commission parlementaire par le biais de deux notes complémentaires de l'IGSS datées du 6 octobre 2010 (à laquelle la présente note se réfère largement) et du 13 octobre 2010, ainsi que par les données fournies par la CNS ayant servi le 10 novembre 2010 à l'établissement de son budget 2011.

Les amendements gouvernementaux déposés le 16 novembre 2010 tenaient notamment compte des décisions prises par le Comité directeur de la CNS, ainsi que de l'évolution des chiffres en matière de cotisations et de dépenses présentée lors de la réunion du Comité quadripartite du 27 octobre 2010. Ces changements substantiels justifient pleinement une mise à jour des données financières à la base du projet de loi tel qu'il a été discuté et amendé par la Commission parlementaire.

1. Estimation de la situation financière de l'assurance maladie-maternité

Dans le texte de l'exposé des motifs du projet de loi dans sa version initiale, les tableaux 9 et 10 résumaient au chapitre V l'évolution estimée de la situation financière de l'assurance maladie-maternité jusqu'en 2014, une fois à législation constante (reconstitution directe et complète de la réserve minimale, pas de mesures d'économies, croissance non freinée des dépenses, ...) et une fois sur base du projet de réforme.

Pour la nouvelle projection, il y a lieu de remarquer que les données actualisées du STATEC, de la CNS et de l'IGSS ont été utilisées (généralement novembre 2010 contre septembre 2010 pour le projet de loi). En outre, il y a lieu de rappeler la sensibilité des projections effectuées. Les incertitudes économiques qui continuent à planer sur l'économie nationale, représentent un risque potentiel, qu'il n'est néanmoins pas possible de prendre en considération dans les projections à effectuer.

A législation constante, ces nouvelles données n'ont guère d'impact sur les comptes de l'assurance maladie-maternité.

Le tableau qui suit se base sur le projet de loi tel qu'il devrait être soumis au vote de la Chambre des députés, c.-à-d. incluant les amendements gouvernementaux et parlementaires. En ce qui concerne le détail des mesures financières maintenant à la base du projet de réforme, il est notamment renvoyé à la section 2. de la présente note. A titre d'exemple, on peut citer la dotation forfaitaire de 20 mio. € destinée à compenser l'intégration des dispositions maternité dans le régime normal, pour laquelle une réévaluation est prévue au cours de 2013.

Tableau 1 – Projection de la situation financière sur base du projet de réforme

AM situation financière globale: estimation de l'évolution financière 2010-2014

Exercice	2009	2010 1)	2011 1)	2012 1)	2013 1)	2014 1)
Recettes, dont:						
<i>cotisations</i>	1940	2012	2151	2231	2336	2450
<i>maternité</i>	1752	1815	2100	2180	2283	2395
	156	167	0	0	0	0
Dépenses, dont prestations nettes:						
<i>soins de santé</i>	1961	2046	2149	2260	2370	2475
<i>PE maladie</i>	1635	1709	1770	1848	1927	2003
<i>maternité (PN+PE)</i>	95	87	93	99	105	112
	151	162	175	188	200	213
Solde des op. courantes:	-20	-33	2	-28	-34	-25
Solde global cumulé (réserve totale):	199	166	168	140	106	80
Fonds de roulement minimum (minimum réserve)	196	113	118	147	178	210
Dotation / prélèvement fonds de roulement	2	-84	6	29	31	33
Solde de l'exercice après dot. réserve	22	50	-3	-57	-65	-58
Solde cumulé après dot. réserve	3	53	50	-7	-72	-130
Dépenses: taux de croissance						
<i>soins de santé</i>		4.3%	5.0%	5.2%	4.9%	4.4%
<i>PE maladie</i>		4.5%	3.6%	4.4%	4.3%	4.0%
<i>Maternité (PN+PE)</i>		-8.8%	7.4%	6.1%	6.3%	6.4%
		7.1%	8.1%	7.3%	6.5%	6.6%
Participation de l'Etat, dont						
Cotisations	798	832	860	892	933	978
maternité	642	665	840	872	913	958
Dotation spéciale maternité	156	167	0	0	0	0
			20	20	20	20
Paramètres financiers ou autres:						
PIB 2)	-4.1%	3.0%	3.0%	2.7%	2.9%	3.1%
Emploi 3)	1.2%	1.8%	1.8%	1.7%	2.2%	2.1%
n.i. coût de la vie 4) (moyenne annuelle)	699.44	711.07	725.84	737.83	752.59	769.90

1) Estimations IGSS

2) Source: Ministère des Finances 2010-2011 – prévisions budgétaires 2012+ basé sur hypothèses de croissance pacte de stabilité
http://www.mfpublic.lu/publications/programme/11e_progr_stabilite_croissance.pdf

3) Estimations IGSS

4) Statoc 2000-2009; 2010-2014: données budgétaires MF

En dehors des réserves précitées en relation à la fiabilité à moyen et long terme des projections effectuées, on peut retenir les observations suivantes :

- les analyses et les démarches exposées dans le cadre de l'exposé des motifs du projet de loi restent globalement valables ;
- les données économiques revues et les mesures d'économies resp. d'augmentation des cotisations moins tranchantes se compensent de sorte que l'équilibre financier à moyen terme se maintient ;
- les mesures d'assainissement à court terme de l'assurance maladie-maternité ne dispensent aucunement de la nécessité de mettre en œuvre les mesures de réforme structurelles, notamment en ce qui concerne le contrôle et le pilotage de l'évolution de l'offre du système de soins de santé.

2. Mesures d'économies prévues dans le projet de réforme

Les mesures financières comprises dans le projet de réforme se résument comme suit :

- Recettes supplémentaires à travers une augmentation mesurée des cotisations
- Intégration de la maternité dans le régime général de l'assurance maladie
- Réduction durable de la croissance de dépenses de soins de santé de +/- 6% par an à +/- 4% par an
- Mesures d'économies à charge des patients et des prestataires de soins
- Reconstitution en étapes de la réserve minimale.

L'objectif de consolidation financière durable de l'assurance maladie-maternité est seulement réalisable si les mesures à visée immédiate et celles ciblant le moyen et le long terme étaient mises en vigueur de façon conjointe.

À court terme (i.e. pour le budget 2011 de l'assurance maladie-maternité), le projet de réforme prévoit dans la section des dispositions financières :

- Reconstitution de la réserve minimale (Art. 3) : Cette reconstitution est désormais échelonnée sur 4 années et débutera seulement en 2012. Cette modification par rapport au projet de loi initial se base sur la volonté de tenir compte de la décision prise le 10 novembre 2010 par le Comité directeur de la Caisse nationale de santé.
- Valeurs des lettres clés des professionnels de santé (Art. 4) : L'évolution des lettres-clé est régie par les dispositions de l'article 67 du CSS, de sorte que ces prestataires pourraient logiquement exiger une revalorisation de leurs tarifs. Néanmoins, le projet de réforme vise à geler ces dépenses. La progression se limite ainsi à la prise en compte d'une tranche indiciaire, qui est automatiquement répercutée sur les lettres-clé (à l'exception des laboratoires d'analyses médicales dont la lettre-clé n'est pas indexée). Cette mesure devrait apporter une économie estimée à 3 mio. €. En outre, il n'est pas possible de prédire l'évolution quantitative des actes prestés dans les différentes nomenclatures, étant donné qu'il faut s'attendre à une certaine récupération par le volume, surtout pour les médecins auto-prescripteurs.
- Nomenclature médicale (Art. 5, alinéa 1) : Il est prévu de réaliser par le biais de cette mesure une économie de 6 à 6,5 mio. €. Il était initialement prévu de réajuster de façon ciblée certaines dispositions des nomenclatures des médecins spécialisés

tels que les locations d'appareils ou l'assistance opératoire. Dans le cadre des discussions « de dernière minute » avec l'AMMD, il a été concédé à celle-ci de choisir la forme des économies à réaliser. L'AMMD a opté pour une réduction linéaire des actes techniques. L'avant-projet de règlement grand-ducal correspondant suivra la procédure d'urgence afin que les mesures correspondantes puissent entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2011.

- Nomenclature des laboratoires d'analyses médicales (Art. 5, alinéa 2) : Le projet de loi visait initialement de réaliser des économies par une réduction de la lettre-clé correspondante. Il est proposé de réaliser l'économie projetée par une révision ciblée de certains actes de cette nomenclature, à effectuer endéans trois mois par le biais de la procédure d'adaptation des coefficients des actes prévue par le Code de la sécurité sociale. En cas de non-accord, ces économies devraient être fixées par voie réglementaire. Ce mécanisme avait déjà été appliqué lors de la crise de 1982 dans le cadre de la loi budgétaire pour l'exercice 1983. Cette démarche devrait utilement s'insérer dans une approche plus globale d'une révision en profondeur de cette nomenclature. A noter que cette nouvelle nomenclature s'appliquera à partir du 1^{er} avril 2011 aussi aux activités extrahospitalières des laboratoires hospitaliers.
- L'avant-projet de loi prévoyait également de réaliser une économie d'environ 25 mio. € sur les conditions, modalités et taux de la prise en charge des actes, services et fournitures déterminés par les statuts. Etant donné la réduction de ce montant à 20 mio. € et le budget voté de la CNS pour 2011, il n'y a plus lieu d'inclure cette mesure dans le projet de réforme.
- Enveloppe budgétaire globale pour le secteur hospitalier (Art. 6) : La progression de cette enveloppe est fixée pour 2011 et 2012 à 3% par rapport à la moyenne récente de 6% par an. Il faut néanmoins rester prudent par rapport à cette mesure, étant donné que l'évolution financière de ce secteur affiche un certain moment d'inertie dans son développement (nombre de médecins engagés, développement de services et acquisitions d'appareils accordées, évolution des carrières du personnel, tranche indiciaire, ...) et que sa mise en œuvre à brève échéance sera techniquement difficile. En outre, il faut constater que dans d'autres pays, le rapprochement au taux d'évolution se fait normalement sur plusieurs années. En indexant cette enveloppe budgétaire globale, il a été tenu compte des réserves exprimées tant par le Conseil d'Etat que par les établissements hospitaliers et les représentants de leurs salariés. Cette indexation doit néanmoins être considérée comme une mesure tampon, qui ne dispense néanmoins pas de l'objectif d'économie fixé à 10 mio. €.

A long terme, les mesures structurelles prévues dans le projet de loi devraient à partir de 2012 porter leurs fruits plus ou moins rapidement. Ces mesures ciblées ont pour la plupart la double finalité d'améliorer/de préserver le système de soins de santé et de limiter/de freiner la croissance des coûts. Il n'est néanmoins guère possible de chiffrer l'impact financier de ces mesures, qui dépendra de nombreux facteurs :

- calendrier de la mise en œuvre
- préfinancement éventuellement nécessaire
- négociations tarifaires futures
- changement des pratiques de prescription

- envergure de la réforme de la nomenclature médicale
- etc

Le facteur essentiel de réussite ou d'échec de la réforme sur le long terme porte néanmoins sur la mise en œuvre des mécanismes de régulation et de pilotage de l'offre du système de soins de santé que devrait créer la future loi, le cas échéant, une fois votée. Cette application plus ou moins courageuse face à de nombreuses et influentes lobbies concerne aussi bien les niveaux statutaire et conventionnel (i.e. dans le périmètre d'action de la CNS) que le niveau réglementaire (i.e. par le Gouvernement en matière de planification hospitalière, d'agrément des médecins hospitaliers, de fixation de l'enveloppe budgétaire globale, ...).

Le projet de réforme se base encore sur le principe que la participation financière globale de l'Etat (i.e. incl. maternité) reste à court terme globalement stable et que son évolution future reste comparable à celle à législation constante. La dotation forfaitaire pour les prestations en espèces de maternité contribue à cet objectif et est destinée à compenser les charges supplémentaires incombant à la Caisse nationale de santé du fait de cette incorporation dans le régime général de l'assurance maladie-maternité.

A noter que le budget de l'Etat est encore directement ou indirectement impacté par différentes mesures secondaires, notamment l'intégration du financement des frais d'accueil du futur hospice pour personnes en fin de vie dans le financement budgétaire hospitalier et l'intégration des projets informatiques e-Santé et healthnet et de leur financement dans la future Agence nationale,

Le projet de réforme prévoit encore la création d'un nombre limité de nouveaux postes nécessaires au pilotage adéquat de la réforme :

- Aux fins de la mise en place de la Cellule d'expertise médicale, de deux médecins à détacher respectivement par la Direction de la santé et le Contrôle médical de la sécurité sociale ainsi que de deux fonctionnaires de la carrière moyenne du rédacteur et de deux employés de l'Etat de la carrière S pouvant se prévaloir d'une formation respectivement en économie de la santé et en sciences mathématiques. Un des postes de la carrière du rédacteur est motivé par le transfert de l'attribution de la fixation du prix public des médicaments du ministère de l'Economie vers le ministère de la Sécurité sociale.
- L'engagement d'un fonctionnaire de la carrière supérieure pouvant se prévaloir d'une formation en économie ou en statistiques et d'un fonctionnaire de la carrière d'un fonctionnaire de la carrière moyenne du rédacteur est motivée par la nouvelle mission de l'Inspection générale de la sécurité sociale prévue à l'article 74, c'est-à-dire l'établissement d'une analyse prospective en vue de la fixation de l'enveloppe budgétaire globale des établissements hospitaliers.
- La création d'un poste de la carrière moyenne est motivée par l'entrée en vigueur au 1^{er} mars 2010 du nouveau règlement CE 883/2004 du Parlement européen et du Conseil portant coordination des systèmes de sécurité sociale de son règlement d'application.
- L'engagement de deux médecins-conseil pour le compte du Contrôle médical de la sécurité sociale était initialement déjà, en raison de nouvelles missions, prévu dans

le projet de loi n°5899 portant réforme de l'assurance accident et ne concerne pas directement la réforme du système de soins de santé.

La création de postes en relation directe au projet de réforme ne devrait pas dépasser un 1 mio. € par an. En ce qui concerne les frais de fonctionnement y relatifs, il y a seulement lieu de soulever les frais liés aux travaux de la Cellule d'expertise médicale, qui devraient également comprendre des frais d'expertise et de recherche ou encore les frais de partenariat avec d'autres organismes étrangers remplissant des missions comparables.

3. Ciblage des mesures financières prévues dans le projet de loi portant réforme du système des soins de santé

La présente liste récapitule les mesures visant les différentes parties prenantes de la réforme de l'assurance maladie-maternité.

A noter qu'il n'est pas possible d'effectuer une évaluation précise de toutes les mesures structurelles (médecin référent, documentation des soins, dossier de soins partagé, réforme des nomenclatures, chirurgie ambulatoire, etc), et ceci pour différentes raisons. Ainsi, les dispositions réglementaires, conventionnelles et statutaires doivent encore être élaborés, notamment au niveau de la CNS et avec les prestataires de soins. A noter également que la mise en œuvre de certaines mesures se fera progressivement dans le temps resp. requerra aussi des financements préliminaire (p.ex. Agence et dossier se soins partagé)

Etat :

- Participation globale effective de l'Etat reste comparable à celle à législation constante ; le taux de participation global de l'Etat baisse de 41,2% à 40,0%) ; l'augmentation des cotisations de 0,1% équivaut à 24,5 mio. €
- L'Etat est déchargé du financement direct des frais d'accueil du centre d'accueil pour personnes en fin de vie (+/- 2 mio €)
- La participation de l'Etat dans le financement du volet informatique (healthnet, e-Santé) est réorienté ; deux tiers sont à la charge de la CNS ; un tiers reste à la charge de l'Etat ;
- La création de nouveaux postes nécessaires au pilotage du projet de réforme est négligeable.
- Intégration de la maternité dans le régime général et dotation forfaitaire destinée à compenser l'évolution des prestations en espèces de maternité (avec actuellement croissance supérieure à la moyenne)
- Charges supplémentaires pour l'Etat employeur
- Moins-values fiscales liées à la déductibilité des cotisations sociales

Assurés :

- Financement supplémentaire : l'augmentation des cotisations de 0,1% équivaut à 17 mio. €
- Frontaliers indirectement concernés (augmentation des cotisations), leur consommation étant inférieure à leurs cotisations

Employeurs :

- Financement supplémentaire : l'augmentation des cotisations de 0,1% équivaut à 17 mio. €

Patients :

- Mesures statutaires (prestations et participations) : 20 mio €

Prestataires de soins en général

- Gel des lettres-clé (pour l'ensemble des prestataires de soins évaluée à 3 mio. €)

Médecins

- Mesures d'économies en agissant sur les coefficients des actes et services (6-6,5 mio €), risque de récupération par le volume

Professionnels de santé (libéraux, réseaux)

- Forfait pour actes infirmiers pour personnes dépendantes en milieu ambulatoire (à l'instar du milieu hospitalier)

Personnel de soins (hôpitaux)

- Pas d'action directe sur salaires ou conditions de travail
- Mesures indirectes englobant le personnel p.ex. enveloppe budgétaire globale et dispositions de forfaitisation, de fédération d'activités, débudgétisation des laboratoires hospitaliers pour leurs activités extrahospitalières

Etablissements hospitaliers

- Enveloppe budgétaire globale dont l'augmentation est fixée à 3% pour 2011 et 2012 ; incitatif pour les directions hospitalières de cadrer l'évolution des coûts ; à noter que l'indexation de l'enveloppe budgétaire est à considérer comme mesure tampon ne dispensant pas de l'objectif d'économie de 10 mio. €
- Révision du mécanisme de budgétisation : enveloppe fixée par le gouvernement sur base d'une planification pluriannuelle, budgets hospitaliers sur deux ans, forfaitisation de certaines prestations ou types de dépenses
- Mesures structurelles diverses (Précision des missions et du fonctionnement des policliniques, abolition de la notion des services de base, centres de compétences et filières de soins, synergies concernant activités administratives, logistiques et services auxiliaires, chirurgie ambulatoire avec adaptation de l'existant sans dédoublement de l'offre, planification hospitalière avec reconsidération des projets en cours d'autorisation (missions/envergure), ...)
- Comptabilité analytique définie par la CNS : condition préliminaire en vue de l'application d'un « *full cost model* »
- Cadrage de l'évolution du nombre de médecins en milieu hospitalier en fonction des services autorisés

Pharmaciens :

- Pratique de la substitution et création d'une base de remboursement
- Maintien de l'abattement à 3,75%
- Dans le cadre de la modification des dispositions de prise en charge des médicaments, effectuée sur base du parallélisme avec la Belgique, les pharmaciens se voient confrontés en 2010 à des diminutions de recettes substantielles.

Laboratoires :

- Recadrage de la tarification dans le cadre d'une adaptation de la nomenclature (2-2,5 mio €)
- Harmonisation fonctionnement hospitalier-privé : laboratoires hospitaliers sont soumis aux règles extrahospitalières pour l'activité ambulatoire

Luxembourg, le 7 décembre 2010

CHAMBRE DES DÉPUTÉS

Session ordinaire 2010-2011

MB/TB/AF

Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

Procès-verbal de la réunion du 25 novembre 2010 (après-midi)

ORDRE DU JOUR :

1. 6196 Projet de loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant:
 1. le Code de la Sécurité sociale;
 2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers
 - Rapportrice: Madame Lydia Mutsch
 - Continuation de l'examen du projet de loi et de l'avis du Conseil d'Etat

2. 6177 Projet de loi portant introduction d'un taux de cotisation unique dans l'assurance accident et modifiant:
 1. le Code de la sécurité sociale;
 2. la loi modifiée du 18 avril 2008 concernant le renouvellement du soutien au développement rural
 - Rapportrice : Madame Lydia Mutsch
 - Examen du projet de loi et de l'avis du Conseil d'Etat

*

Présents : M. Marc Angel remplaçant Mme Lydie Err, M. Félix Braz, M. Jean Colombera, Mme Claudia Dall'Agnol, M. André Hoffmann, M. Lucien Lux, Mme Martine Mergen, M. Paul-Henri Meyers, Mme Lydia Mutsch, M. Jean-Paul Schaaf, M. Marc Spautz, M. Carlo Wagner

M. Mars Di Bartolomeo, Ministre de la Santé, Ministre de la Sécurité sociale
M. Frank Gansen et M. Mike Schwebag, Ministère de la Santé
M. Paul Schmit, M. Claude Seywert, M. Raymond Wagener et Mme Toinie Wolter, Inspection générale de la Sécurité sociale
M. Paul Hansen, Office des Assurances sociales
M. Martin Bisenius et Mme Tania Braas, Administration parlementaire

Excusés : Mme Sylvie Andrich-Duval, M. Eugène Berger

*

Présidence : Mme Lydia Mutsch, Présidente de la Commission

*

1. 6196 Projet de loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant:
1. le Code de la Sécurité sociale;
2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers

La commission poursuit l'examen des articles et de l'avis du Conseil d'Etat.

Point 10° nouveau (ancien point 12°) - article 23 de la loi de 1998

Le point 10 introduit une base légale pour le comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières.

L'alinéa 1 de l'article 23 a fait l'objet d'un amendement gouvernemental visant à préciser la mission de l'organisme gestionnaire en matière de gestion des risques et de la qualité, libellé comme suit :

« Art. 23. Dans chaque hôpital, groupement d'hôpitaux et établissement hospitalier spécialisé, l'organisme gestionnaire met en place des structures et des mécanismes de gestion des risques, d'évaluation et de promotion de la qualité des prestations, ainsi que de prévention, de signalement et de lutte contre les événements indésirables, y inclus la prévention et le contrôle de l'infection nosocomiale.

La coordination nationale des structures visées à l'alinéa qui précède est assurée par le Comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières. Les frais de fonctionnement et les indemnités des membres du Comité national de coordination sont à charge du budget de l'Etat.

Un règlement grand-ducal précise les missions et la composition minimale de ces structures, les modalités relatives à leur coordination, ainsi que l'indemnité des membres du Comité national de coordination. »

Ce point n'appelle pas d'observation de la part du Conseil d'Etat.

La Commission adopte à l'unanimité le texte gouvernemental amendé.

Point 11° nouveau (ancien point 13°) - article 26 de la loi de 1998

Le Conseil d'Etat ne peut pas approuver le libellé de l'alinéa 1 de l'article 26, étant donné qu'il n'est pas cohérent avec l'approche promouvant un travail en commun des différentes professions de santé au sein des filières de soins et centres de compétences et propose par conséquent de donner à l'alinéa 1 de l'article 26 la teneur suivante:

« Dans les hôpitaux, l'activité médico-soignante s'exerce dans des services médicaux autorisés conformément aux articles 4 et 5 et structurés conformément aux projets de service établis en cohérence avec le projet d'établissement dont question à l'article 22.

Chaque service constitue une unité d'organisation et de gestion comportant une ou plusieurs unités de soins. Par unité de soins on entend une unité fonctionnelle soit d'hospitalisation, soit médico-technique, prenant en charge des patients, située dans une même enceinte architecturale et relevant d'une dotation et d'une gestion commune.

L'organisation médicale et soignante des services médicaux est fixée dans le règlement général de l'hôpital. »

La Commission se rallie à ces vues et reprend le libellé de l'article 26 alinéa 1 tel que proposé par le Conseil d'Etat.

Point 14 supprimé - Article 26 bis nouveau de la loi de 1998

Le point 14 du texte gouvernemental proposait d'introduire un nouvel article 26 bis consacré aux « filières de soins intégrées » et aux « centres de compétences ».

Le Conseil d'Etat estime que les caractéristiques des filières de soins, d'une part, et des centres de compétences, d'autre part, ne sont pas décrites avec la clarté requise et que les responsabilités des différents acteurs ne sont pas suffisamment définies pour qu'il puisse approuver l'article 26bis.

Selon le Conseil d'Etat, des filières de soins ont comme objet une organisation cohérente de soins de nature différente autour de la prise en charge globale de personnes présentant une ou plusieurs pathologies données, permettant d'augmenter la qualité de soins et d'allouer les ressources en place de manière efficiente. Il s'agit donc d'un modèle d'organisation de la mise en œuvre d'un programme de soins qui restera individualisé en tenant compte des besoins particuliers d'un patient donné, mais qui obéira à un déroulement cohérent respectant les impératifs qualitatifs et l'utilisation économique des ressources.

Les centres de compétences par contre seraient des unités d'organisation et de gestion développées autour de la prise en charge d'une pathologie donnée ou d'un complexe de pathologies afin d'obtenir une concentration des ressources et/ou une masse critique des cas à traiter (exemples: certaines affections cancérologiques – comme le cancer du sein, le cancer du poumon, les cancers digestifs –, les accidents vasculaires cérébraux, les transplantations rénales, les pathologies liées à l'environnement).

Le Conseil d'Etat exige que l'article 26bis soit reformulé afin de mieux distinguer « filières de soins » et « centres de compétences ».

Sans remettre en cause l'utilité des concepts et la nécessité de mise en œuvre des filières de soins et des centres de compétences, la Commission décide à l'unanimité de supprimer le point 12 (amendement parlementaire 24), étant donné qu'elle ne dispose pas à l'heure actuelle des éléments lui permettant de formuler une nouvelle proposition de cette disposition avec la précision requise par le Conseil d'Etat.

Compte tenu des explications fournies par M. le Ministre de la Sécurité sociale, la commission tient à souligner que l'idée de la création de filières de soins n'est pas sacrifiée pour autant, mais garde pleinement sa valeur.

Lors des négociations avec les représentants de l'EHL et de l'AMMD, il a été convenu que les filières de soins existant déjà actuellement ou en cours d'être mises au point dans la pratique hospitalière quotidienne continueront d'être développées.

Les expériences pratiques existant dans ce domaine seront mises à profit et l'engagement a été pris d'améliorer la prise en charge des patients, notamment dans les domaines des AVC et de la cancérologie, par le développement de filières hautement spécialisées et performantes.

Au plan juridique, les centres de compétences se trouvent désormais ancrés dans l'article 2 de la loi hospitalière et seront définis dans le plan hospitalier.

Les filières de soins pourront être promues par le biais des statuts et sur base conventionnelle avant de trouver une consécration légale, répondant aux exigences du Conseil d'Etat, à l'occasion d'une prochaine révision générale de la loi hospitalière.

Suite à la suppression du point 12, les points subséquents sont à renuméroter.

Point 12° nouveau (ancien point 15°) - article 29 de la loi de 1998

Ce point introduit la notion de médecins-coordonateurs.

Le Conseil d'Etat considère que la nomination de médecins-coordonateurs à la tête des services médicaux est essentielle pour assurer un fonctionnement convenable de ces services.

Afin de faire suite aux observations formulées, notamment par l'Entente des hôpitaux, ainsi que par l'association la plus représentative des médecins, la Commission décide à l'unanimité de donner à l'article 29 la teneur amendée suivante (amendement parlementaire 25):

« Des médecins-coordonateurs, nommés par l'organisme gestionnaire ~~et placés sous l'autorité du directeur médical, assurent le~~ participent au sein du département médical et sans préjudice des attributions de la direction médicale, au développement et à la coordination de l'activité médicale du service ou du groupement de services hospitaliers conformément aux objectifs du ou des projet(s) de service afférents et aux orientations du projet d'établissement.

Ils assurent des fonctions de coordination et de planification de l'activité médicale du ou des service(s) et veillent :

- *au bon fonctionnement du ou des services et à la qualité des prestations ;*
- *à la standardisation ~~des traitements et~~ de la prise en charge de patients ;*
- *à l'utilisation efficiente des ressources disponibles.*

Ils exercent leurs missions en collaboration avec le responsable des soins et le pharmacien responsable.

Dans l'exercice de leurs missions ils disposent d'un droit de regard sur l'activité de tous les intervenants du ou des services.

Un règlement grand-ducal précise le statut, les missions et les attributions des médecins-coordonateurs, ainsi que les modalités de leur désignation. »

La commission tient à souligner qu'au plan juridique le médecin coordinateur est donc investi d'une mission complémentaire, telle qu'elle ressort de l'article 29 modifiée de la loi hospitalière, et qu'il reste par ailleurs assujéti aux droits et devoirs résultant du contrat de travail respectivement du contrat de collaboration conclu avec l'établissement hospitalier.

Le texte amendé correspond à un accord entre l'EHL et l'AMMD et crée la base légale de la faculté des hôpitaux à nommer des médecins coordinateurs. Le texte ne comporte certes pas d'obligation formelle de procéder à cette nomination, mais dans la mesure où il consacre un accord entre les principaux acteurs du terrain, il est entendu qu'en pratique les nominations en question seront effectivement effectuées.

Point 13° nouveau (ancien point 16°) - article 31 de la loi de 1998

Le point 13 vise à préciser le statut du médecin hospitalier en clarifiant sa position dans le fonctionnement interne de l'établissement hospitalier.

Le Conseil d'Etat ne peut pas approuver la modification de l'article 31. Il donne à considérer que le fait de viser uniquement les médecins sous statut libéral risque de créer des ambiguïtés quant aux droits et devoirs des médecins exerçant sous des statuts différents, mais censés cohabiter et travailler en équipe au sein des services. Il estime que le respect de certaines obligations des médecins à l'hôpital considérées comme indispensables devra viser aussi bien les médecins salariés que les médecins libéraux liés à l'hôpital par un contrat de collaboration et propose de reformuler l'alinéa 1.

La Commission décide à l'unanimité de reprendre la proposition de texte du Conseil d'Etat, en l'amendant toutefois afin de tenir compte d'un accord entre l'EHL et l'AMMD sur ce point (amendement 26). Ainsi, dans la phrase introductive, elle propose de viser directement le médecin hospitalier. En outre, le terme « d'agrément » est remplacé par celui de « collaboration » dans la première phrase de l'alinéa *in fine* de l'article 31. Il s'agit d'une simple adaptation de la terminologie aux termes utilisés à l'alinéa 1er de cette disposition.

Ainsi, l'article 31 prend la teneur suivante :

« Art. 31. Le médecin hospitalier est lié à l'établissement hospitalier soit par un contrat de travail, soit par un contrat de collaboration. Le médecin hospitalier exerce son activité à titre principal ou accessoire dans un ou plusieurs services hospitaliers sous sa propre responsabilité et sans lien de subordination sur le plan médical. »

~~L'hôpital prend les mesures nécessaires pour que~~ Le médecin:

- respecte le cadre défini par le règlement général visé à l'article 23;
- participe à la continuité des soins et des gardes;
- déclare et documente ses prestations effectuées à l'hôpital;
- participe à la démarche qualité et à la prévention des risques;
- utilise de manière efficiente les ressources disponibles.

Les contrats ~~d'agrément~~ de collaboration des prestataires de soins non salariés exerçant dans les hôpitaux et établissements hospitaliers spécialisés doivent correspondre à un contrat-type, dont le contenu minimal est arrêté d'un commun accord entre les différents groupements professionnels des prestataires de soins et les groupements des hôpitaux prévus à l'article 62 du code des assurances sociales. A défaut de cet accord, le ministre de la Santé peut arrêter le contrat-type. »

Point 14° nouveau (ancien point 17°) - article 33 de la loi de 1998

Ce point a pour but d'adapter le régime des pharmacies hospitalières.

Le Conseil d'Etat relève que la notion de région hospitalière n'est pas définie dans un texte de loi, et demande partant de la supprimer *in fine* de l'alinéa 2. En outre, il souligne qu'un règlement grand-ducal ne peut se prendre qu'aux fins, dans les conditions et suivant les modalités spécifiées par la loi, de sorte que le terme « notamment » à l'endroit de l'alinéa 3 est à supprimer.

La Commission décide à l'unanimité de suivre le Conseil d'Etat.

Sans observation.

Article 3

L'article 3 prévoit la reconstitution progressive de la réserve minimale.

Cet article a fait l'objet d'un amendement gouvernemental afin de tenir compte de la décision prise le 10 décembre 2010 par le comité directeur de la Caisse nationale de santé. Ainsi, le budget équilibré pour l'année 2011 se base sur le report de la reconstitution de la réserve minimale d'une année, une hausse des cotisations réduite à la moitié de celle initialement prévue et une réduction des mesures d'économies à l'égard des assurés et des prestataires de 25 à 20 millions d'euros.

Cet amendement trouve l'accord du Conseil d'Etat.

La Commission adopte à l'unanimité le texte gouvernemental amendé.

Article 4

L'article 4 a trait au maintien des valeurs des lettres-clés des prestataires de soins pour la période du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2012, à l'exception de la valeur de la lettre-clé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique qui est fixée pour la même période à 0,3050.

Etant donné que le mécanisme d'adaptation rétroactif prévu par les conventions passées entre la CNS et les groupements représentatifs des prestataires de soins est censé couvrir rétroactivement uniquement les périodes situées entre les dates d'échéances de deux négociations tarifaires successives, le Gouvernement a introduit un amendement (amendement gouvernemental 24) au texte initial visant à neutraliser à partir du 1^{er} janvier 2011, ce facteur de rattrapage, de sorte que les valeurs des lettres-clés de ces prestataires sont maintenues pour les exercices 2011 et 2012, sauf augmentation induite par l'évolution de l'indice du coût de la vie.

En outre, afin de ne pas défavoriser les laboratoires privés par rapport aux autres prestataires, le bout de phrase « à l'exception de la valeur de la lettre-clé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique visés à l'article 61, alinéa 2, point 4 du même Code qui est fixée pour la même période à 0,3050 » est supprimé.

Le Conseil d'Etat souligne qu'il faut préciser si le maintien de la valeur de la lettre-clé se rapporte à un maintien extra-indiciaire ou non et si le premier cas de figure est retenu, il y a lieu de le spécifier dans l'alinéa 1.

Par ailleurs, comme l'article 65, alinéa 1 fait référence aux prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, points 1 à 7 et 12, le Conseil d'Etat estime qu'il est préférable de se référer directement à cet article dans l'article sous avis et propose de donner à l'article 4 le libellé suivant :

« Par dérogation aux articles 65, alinéa 2, et 67 à 70 du Code de la sécurité sociale, les valeurs des lettres-clés des prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, points 1 à 7 et 12 sont maintenues par rapport à leur valeur applicable au 31 décembre 2010 au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 pour la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2012. »

La Commission a décidé à l'unanimité de reprendre la proposition du Conseil d'Etat en ce qui concerne l'alinéa 1 de l'article 4 et rétablit l'alinéa 2 de l'article 4, que le Conseil d'Etat a supprimé par inadvertance matérielle (amendement parlementaire 27).

Ainsi, l'article 4 prend la teneur suivante :

« Par dérogation aux articles 65, alinéa 2, et 67 à 70 du Code de la sécurité sociale, les valeurs des lettres-clés des prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, points 1 à 7 et 12 sont maintenues par rapport à leur valeur applicable au 31 décembre 2010 au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 pour la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2012.

Toutefois pour la même période, et par dérogation à l'alinéa précédent, la valeur de la lettre-clé de la nomenclature des médecins est fixée à 0,51109 à l'indice 100, celle de la nomenclature des médecins-dentistes est fixée à 0,62021 à l'indice 100 et celle de la nomenclature des infirmiers est fixée à 0,65251 à l'indice 100. »

Article 5

Le présent article a trait aux dispositions d'économies à charge des prestataires de soins, en agissant de façon ciblée sur certains tarifs et à charge des assurés, en agissant sur les participations statutaires.

Comme le projet de loi prévoyait encore des mesures d'économies à réaliser en agissant sur les prestations et les participations statutaires à charge des patients, le Gouvernement a introduit un amendement au texte initial (amendement gouvernemental 26) visant à supprimer l'alinéa 2 de l'article 5, afin de tenir compte, d'une part, des discussions de la réunion du Comité Quadripartite en date du 27 octobre 2010 et, d'autre part, du budget arrêté par le comité directeur de la CNS dans sa réunion du 10 novembre 2010.

L'amendement 26 prévoit encore de réaliser une économie à charge des laboratoires d'analyses médicales en agissant sur leur nomenclature. Le projet de loi visait initialement de réaliser ces économies par une réduction de la lettre-clé correspondante. Il est projeté de procéder par une révision ciblée de certains actes de cette nomenclature, à effectuer endéans trois mois par le biais de la procédure d'adaptation des coefficients des actes prévue par le Code de la sécurité sociale. En cas de non-accord, ces économies devraient être fixées par voie réglementaire. Ce mécanisme avait déjà été appliqué lors de la crise de 1982 dans le cadre de la loi budgétaire pour l'exercice 1983. Cette démarche devrait utilement s'insérer dans une approche plus globale d'une révision en profondeur de cette nomenclature.

En parallèle, la période transitoire d'un an instaurée par le projet de loi initial pour la débudgétisation des laboratoires hospitaliers, est ramenée à trois mois, afin de renforcer la volonté d'un traitement égalitaire entre les laboratoires privés et les laboratoires hospitaliers. Ainsi les nouveaux tarifs s'appliqueront aussi à partir du 1^{er} avril 2011 aux activités extrahospitalières des laboratoires hospitaliers.

Etant donné que les prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, point 1, sont les médecins, le Conseil d'Etat estime qu'il faut les nommer directement dans l'alinéa 1.

Afin de tenir compte des observations du Conseil d'Etat, les prestataires concernés sont nommément mentionnés dans l'article et les renvois au CSS sont supprimés.

La commission adopte à cet effet l'amendement parlementaire 28.

Article 6

L'article 6 limite pour les hôpitaux, par dérogation à l'article 74 du Code de la sécurité sociale, la progression annuelle de l'enveloppe budgétaire globale pour la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2012 par rapport à l'année 2010 à 3%.

Le Conseil d'Etat estime qu'il y a lieu de préciser s'il s'agit d'une progression extra-indiciaire ou non. En outre, il rappelle que les frais fixes représentent, selon le rapport général sur la sécurité sociale de 2008, 79,4% des frais hospitaliers, et qu'ils sont constitués pour la majeure partie de frais de personnel qui sont sous l'emprise d'une convention collective de travail et adaptés à l'évolution de l'indice pondéré du coût de la vie.

Afin de tenir compte de l'observation du Conseil d'Etat, la Commission décide à l'unanimité d'amender l'article 6, en précisant à l'alinéa 1^{er} qu'il s'agit d'une progression indiciaire (amendement parlementaire 29).

Article 7 du texte gouvernemental initial

Suite à la décision prise le 10 novembre 2010 par le comité directeur de la CNS de limiter la hausse du taux de cotisation à 0,2%, de sorte que le taux actuel de 5,4% passe seulement à 5,6% et non pas à 5,8% tel que prévu par le texte gouvernemental initial, le Gouvernement a introduit un amendement visant à supprimer l'article 7.

Suite à la suppression de l'article 7 initial, les articles subséquents sont à renuméroter.

Article 7 nouveau (ancien article 8)

Cet article abroge l'article 18bis de la loi modifiée du 11 avril portant réglementation de la mise sur le marché et de la publicité des médicaments.

Le Conseil d'Etat approuve l'abrogation de l'article 18bis qui avait risqué de faire double emploi avec le nouvel article 22bis.

La Commission adopte à l'unanimité l'article 7 nouveau.

Article 8 nouveau

Cet article, introduit par voie d'amendement gouvernemental, abroge l'article 2, alinéa 5 de la loi modifiée du 17 mai 2004 relative à la concurrence, étant donné que les attributions de fixation du prix des médicaments à usage humain sont transférées du Ministère de l'Economie vers le Ministère de la Sécurité sociale.

Cet article ne donne pas lieu à observation de la part du Conseil d'Etat et est adopté à l'unanimité par la Commission.

Article 9 nouveau

Par voie de l'amendement gouvernemental 29, a été inséré l'article 9 nouveau, libellé comme suit :

« Art. 9. En attendant la constitution de la Commission de nomenclature suivant les modalités de désignations prévues par la présente loi, ses attributions sont provisoirement exercées par la Commission de nomenclature en fonction au 31 décembre 2010. »

Le Conseil d'Etat estime que cette disposition transitoire devra être dotée d'une date butoir et propose de donner à l'article 9 nouveau, la teneur suivante :

« **Art. 9.** *En attendant la constitution de la Commission de nomenclature suivant les modalités de désignation prévues par la présente loi, ses attributions sont provisoirement exercées par la Commission de nomenclature en fonction au 31 décembre 2010 jusqu'au 30 juin 2011.* »

La Commission décide à l'unanimité de reprendre la proposition du Conseil d'Etat.

Article 10 nouveau

Par voie d'amendement gouvernemental visant à clarifier que les services hospitaliers gardent leurs autorisations actuelles jusqu'à la prochaine révision du plan hospitalier, est inséré l'article 10 nouveau, libellé comme suit :

« **Art. 10.** *Les autorisations d'exploitation d'un service de base d'un établissement hospitalier, accordés par le ministre ayant la Santé dans ses attributions en application du règlement grand-ducal du 13 mars 2009 établissant le plan hospitalier national et déterminant les missions et la composition minimales des structures d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières et les modalités de coordination nationale de ces structures, restent valables.* »

Cet article ne suscite pas de commentaires particuliers de la part du Conseil d'Etat.

La Commission adopte à l'unanimité le nouvel article 10.

Les articles 9 à 13 actuels du projet de loi deviennent les articles 11 à 15 nouveaux.

Article 11 nouveau (ancien article 9)

Sans observation.

Article 12 nouveau (ancien article 10)

Sans observation.

Article 13 nouveau (ancien article 11)

Sans observation.

Article 14 nouveau (ancien article 12)

Le présent article prévoit l'introduction d'une dotation forfaitaire de l'Etat au profit de l'assurance maladie-maternité destinée à compenser dans une phase initiale les effets de l'intégration des prestations en espèces de maternité dans le régime général.

Cette disposition trouve l'accord du Conseil d'Etat quant au fond, mais il suggère de préciser cette disposition et propose la formulation suivante :

« **Art. 14.** *L'Etat prend en charge, jusqu'au 31 décembre 2010, une dotation annuelle de 20 millions d'euros au profit de l'assurance maladie-maternité destinée à compenser de façon forfaitaire les charges supplémentaires incombant à la Caisse nationale de sante du fait de l'incorporation des prestations en espèces de maternité dans le régime général de l'assurance maladie-maternité.*

L'Inspection générale de la sécurité sociale est chargée d'évaluer cette somme avant l'échéance susvisée. »

La Commission décide à l'unanimité de reprendre la formulation du Conseil d'Etat, sauf à redresser par voie de l'amendement parlementaire 30 l'erreur matérielle de la date, à savoir 2013 au lieu de 2010.

Article 15 nouveau (ancien article 13)

L'article 15 a fait l'objet d'un amendement gouvernemental introduisant, d'une part, une entrée en vigueur différée pour la disposition du médecin référent afin de permettre aux parties signataires de la convention afférente de pouvoir élaborer les modalités d'application, et d'autre part, une phase transitoire de transfert des compétences permettant ainsi à la CNS de mettre en place la procédure se rapportant à la fixation des prix des médicaments à usage humain, et réduisant enfin d'un an à trois mois l'entrée en vigueur de l'application du régime extrahospitalier pour l'activité correspondante des laboratoires hospitaliers.

*

Quant à la demande d'un membre de la Commission de savoir si l'avis du collège médical est disponible, M. le Ministre répond par la négative et précise que dans un premier temps, il a été omis de saisir ce dernier pour avis, mais qu'il vient d'être demandé en son avis, conformément à la loi du 8 juin 1999 relative au Collège médical.

En outre, comme les amendements adoptés par la Commission, ainsi que les discussions menées entre le Ministre et les représentants de l'AMMD et de l'EHL, auront des répercussions sur les prévisions financières établies dans le cadre du projet de loi initial, il a été décidé que des chiffres actualisés sur l'impact financier des mesures prévues par le projet de loi seront transmis à la Commission avant l'approbation du projet de rapport.

2. 6177 Projet de loi portant introduction d'un taux de cotisation unique dans l'assurance accident et modifiant:

1. le Code de la sécurité sociale;

2. la loi modifiée du 18 avril 2008 concernant le renouvellement du soutien au développement rural

La Commission procède à l'examen du projet de loi à la lumière de l'avis du Conseil d'Etat et propose d'un commun accord d'apporter les amendements suivants au texte gouvernemental initial :

Article 1^{er}

Point 1^o

Sans observation.

Point 2^o nouveau

L'introduction d'un taux unique en matière d'assurance accident facilitera celle d'un système bonus/malus par règlement grand-ducal. Le présent projet de loi prévoit l'adaptation de l'article 158 du code de la sécurité sociale dans la teneur de la loi du 12 mai 2010 portant réforme de l'assurance accident qui constitue la base légale dudit règlement. Les classes de risques qui sont actuellement synonymes de classes de cotisations perdront ce rôle dans le contexte d'un taux unique. Il n'en reste pas moins que la notion de classe de risque constituera un élément clé du nouveau système bonus/malus.

Dans leur avis commun du 8 novembre 2010, les chambres patronales envisagent donc « le maintien d'une certaine classification des entreprises par secteur d'activité ou l'introduction d'une nouvelle classification s'inspirant de la subdivision du code NACE des entreprises. Ceci permettrait d'effectuer une comparaison du risque accidentogène entre des entreprises appartenant à un même secteur d'activité. Une telle approche permettrait de gagner en homogénéité et précision entre les différentes classes de référence ».

Compte tenu de ces considérations, la Commission prévoit d'introduire par voie d'amendement (amendement 4) la notion de classe de risque dans la base légale habilitante.

Par conséquent, est proposé d'ajouter à l'article 1^{er} un nouveau point 2° et d'amender le point 5° (ancien point 4°). Ces amendements prévoient que le classement des entreprises dans une classe de risque ainsi que la diminution ou la majoration du taux de cotisation peut faire l'objet d'une décision de l'Association d'assurance accident susceptible d'un recours devant les juridictions sociales.

Le nouveau numéro 2° de l'article 1^{er} est libellé comme suit :

2° L'article 128, alinéa 1 est modifié comme suit :

« Les décisions du comité directeur de l'Association d'assurance accident en matière de prestations, d'amende d'ordre, de classement d'une entreprise dans une classe de risque et de diminution ou de majoration du taux de cotisation conformément à l'article 158 peuvent être attaquées par l'assuré, son ayant droit ou l'employeur devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale et, en instance d'appel, devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale. Le recours n'est pas suspensif. »

Suite à l'introduction d'un nouvel point 2°, les points subséquents sont à renuméroter.

Point 3° nouveau (ancien point 2°)

Sans observation.

Point 4° nouveau (ancien point 3)

Sans observation.

Point 5° nouveau (ancien point 4)

Pour les raisons évoquées sous le point 2° nouveau, le point 5° est amendé et prend la teneur suivante :

5° La 1^{ère} phrase de l'article 146 est remplacée comme suit :

« Toute question à portée individuelle à l'égard d'un assuré en matière de prestations et, d'amendes d'ordre, de classement dans une classe de risque et de diminution ou de majoration du taux de cotisation conformément à l'article 158 peut faire l'objet d'une décision du président de l'Association d'assurance accident ou de son délégué et doit le faire à la demande de l'assuré ou de l'employeur. »

Point 6° nouveau (ancien point 5)

Sans observation.

Point 7° nouveau (ancien point 6)

Afin de tenir compte de la suggestion du Conseil d'Etat « de ne pas procéder à la renumérotation proposée en remplaçant les articles 151 à 154 par les articles subséquents », la Commission propose de libeller le point 7° comme suit :

« 7° Les articles 151 à 154 sont abrogés. »

Point 8° nouveau (ancien point 7)

Compte tenu des considérations développées sous le point 2° nouveau, la Commission propose d'introduire la notion de classe de risque dans la base légale habilitante. Ainsi, le point 8° amendé prend la teneur suivante :

8° L'article 158 est modifié comme suit :

« Le taux de cotisation peut être diminué ou augmenté, au maximum jusqu'à concurrence de cinquante pour cent. A cet effet, les cotisants sont répartis en classes de risques. La diminution ou la majoration se fait en fonction du nombre, de la gravité ou des charges des accidents au cours d'une période d'observation récente d'une ou de deux années. Il n'est tenu compte ni des accidents de trajet ni des maladies professionnelles. Le champ et les modalités d'application du présent article sont précisés par règlement grand-ducal. »

Article 2

Sans observation.

Article 3 nouveau

En mettant l'accent sur l'effort financier considérable consenti par l'Etat du fait de l'introduction d'un taux unique, le présent projet de loi entend introduire le financement futur par le régime général des majorations dites «pour grands blessés» accordées dans l'ancienne assurance accident agricole aux personnes ayant exercé une activité agricole à titre principal et ayant subi un accident laissant des séquelles importantes (IPP de 20 % au moins).

Cette prestation est actuellement inscrite dans la loi modifiée du 18 avril 2008 concernant le renouvellement du soutien au développement rural. En vue d'éviter toute insécurité juridique au sujet du maintien de la prestation au-delà du 1^{er} janvier 2011 pour les accidents survenus avant cette date, la Commission propose de compléter le projet de loi par une disposition transitoire. En effet, il ne s'agit pas de supprimer lesdites majorations pour grands blessés, mais uniquement leur prise en charge par l'Etat.

Ainsi, est introduit un nouvel article 3 de la teneur suivante :

« Art. 3. Les rentes accident servies par l'Association d'assurance accident du chef d'accidents survenus ou de maladies professionnelles déclarées avant le 1er janvier 2011 et calculées d'après l'article 161 ancien du Code de la sécurité sociale sont majorées de cent pour cent, si l'incapacité de travail du bénéficiaire du chef d'un ou de plusieurs accidents ou maladies professionnelles atteint vingt pour cent au moins ou s'il s'agit de rentes accident de survie. »

L'article 3 actuel devient l'article 4 nouveau du projet de loi.

Article 4 nouveau

Sans observation.

*

En ce qui concerne le calendrier des réunions, les membres de la Commission conviennent:

- de consacrer la réunion du jeudi, 2 décembre 2010, à la présentation et à l'examen du projet de loi 6217 (ajustement) et de l'avis du Conseil d'Etat;
- de consacrer la réunion du jeudi, 9 décembre 2010 à 13h30, à :
 - l'examen de l'avis complémentaire du Conseil d'Etat relatif au projet de loi 6196, ainsi qu'à la présentation et à l'adoption d'un projet de rapport y afférent ;
 - l'examen de l'avis complémentaire du Conseil d'Etat relatif au projet de loi 6177, ainsi qu'à la présentation et à l'adoption d'un projet de rapport y afférent ;
 - à la présentation et à l'adoption d'un projet de rapport relatif au projet de loi 6217.

Luxembourg, le 6 décembre 2010

Les Secrétaires,
Martin Bisenius
Tania Braas

La Présidente,
Lydia Mutsch

10



CHAMBRE DES DÉPUTÉS

Session ordinaire 2010-2011

MB/TB/AF

Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

Procès-verbal de la réunion du 25 novembre 2010 (matin)

ORDRE DU JOUR :

- 6196 Projet de loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant:
1. le Code de la Sécurité sociale;
 2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers
 - Rapportrice: Madame Lydia Mutsch
 - Examen du projet de loi et de l'avis du Conseil d'Etat (sur base d'un document de travail synoptique)

*

Présents : M. Marc Angel remplaçant Mme Lydie Err, M. Félix Braz, M. Jean Colombero, Mme Claudia Dall'Agnol, M. André Hoffmann, M. Lucien Lux, Mme Martine Mergen, M. Paul-Henri Meyers, Mme Lydia Mutsch, M. Jean-Paul Schaaf, M. Marc Spautz, M. Carlo Wagner

M. Mars Di Bartolomeo, Ministre de la Santé, Ministre de la Sécurité sociale
M. Paul Schmit, M. Raymond Wagener, Mme Toinie Wolter, Inspection générale de la Sécurité sociale
M. Frank Gansen, Ministère de la Santé
M. Martin Bisenius, Administration parlementaire

Excusés : Mme Sylvie Andrich-Duval, M. Eugène Berger

*

Présidence : Mme Lydia Mutsch, Présidente de la Commission

*

2. 6196 Projet de loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant:
1. le Code de la Sécurité sociale;
2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers

Dans le cadre de ses remarques introductives Mme la présidente Lydia Mutsch

- constate avec satisfaction que les négociations entre le Gouvernement et l'AMMD ont permis d'arriver à un accord et de mettre fin au service réduit des médecins et médecins-dentistes

- relève que l'avis de la Commission nationale de la protection des données privées peut être communiqué séance tenante aux membres de la commission,

- demande au représentant du groupe ADR d'intervenir et de présenter, au fur et à mesure des articles correspondants, les propositions d'amendements introduites par son groupe.

La commission entame l'examen des articles sur base d'un document de travail synoptique juxtaposant le texte gouvernemental amendé et l'avis du Conseil d'Etat du 23 novembre 2010.

Article 1^{er}

Cet article regroupe sous 62 numéros les modifications que le projet apporte au Code de la sécurité sociale.

Point 1

Ce point modifie l'article 2, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale (ci-après « CSS ») ayant trait à l'assurance maladie-maternité continuée.

La commission constate que les modifications reflètent des propositions du comité-directeur du Centre commun de la sécurité sociale, dans le but de contrecarrer les problèmes liés au non-paiement des arriérés de cotisations dans le cadre de l'assurance volontaire.

Dans le système actuel, le délai pour faire une demande en admission à l'assurance maladie-maternité continuée est de six mois et donne directement droit aux prestations de soins de santé. La prise en charge directe implique que des prestations de soins de santé sont payées de manière considérable pendant six mois, sans que des cotisations y afférentes soient versées. Les cotisations devraient en principe être payées rétroactivement par l'assuré bénéficiaire d'une assurance maladie-maternité continuée. Toutefois, en cas de non-paiement des arriérés de cotisations, le Centre commun de la sécurité sociale ne procède pas à leur recouvrement forcé pour deux raisons. D'une part, le coût du recouvrement serait dans la plupart des cas disproportionné par rapport aux montants à recouvrer et d'autre part, le recouvrement par voie de saisie sur salaire serait illusoire, étant donné qu'il s'agit en général de personnes ne disposant pas de revenus professionnels.

Pour limiter les cas dans lesquels il y a prise en charge directe sans contrepartie financière de l'assuré, il est proposé de ramener le délai pour faire une demande en admission à l'assurance maladie-maternité continuée de six à trois mois. En fait, en cas de cessation de l'affiliation obligatoire, le droit aux prestations de soins de santé pour le mois en cours et les trois mois subséquents est maintenu, à condition toutefois d'avoir été affilié pendant une période de six mois précédant immédiatement la désaffiliation.

Il est donc prévu d'introduire une condition de stage de 6 mois d'affiliation obligatoire précédant immédiatement la désaffiliation pour l'admission à l'assurance maladie continuée. En même temps, la réduction du délai de 6 à 3 mois pour la demande en admission de l'assurance continuée doit s'accompagner d'une amélioration de l'information écrite des assurés désaffiliés.

Il est encore précisé que les personnes ne remplissant pas cette condition de stage, auront la possibilité de contracter une assurance maladie-maternité facultative laquelle n'ouvre toutefois droit aux prestations de soins de santé qu'après un délai de carence de trois mois.

Ce point trouve l'accord du Conseil d'Etat et la commission l'adopte dans la teneur du texte gouvernemental, le représentant du groupe déi Lénk s'exprimant contre pour les raisons évoquées au procès-verbal de la réunion du 21 octobre 2011.

Point 2 (article 8 CSS)

L'article 8 ayant trait à l'objet général de l'assurance est modifié afin de tenir compte de la transition du système de financement direct des prestations de l'Etat en matière de l'assurance-maternité vers le système de financement général de l'assurance-maladie. En outre, un engagement plus appuyé de la CNS dans la médecine préventive est prévu.

La commission relève que le transfert de l'assurance-maternité dans le régime général de l'assurance-maladie résulte d'une décision politique figurant dans le programme gouvernemental et que les modifications prévues à l'article 8 sont des modifications techniques permettant ce transfert.

Elle souligne que jusqu'à présent, la maternité est le seul risque qui n'est toujours pas intégré dans la CNS et qui est entièrement pris en charge par le budget de l'Etat. Le financement actuel de l'Etat sera transféré vers l'assurance-maladie, et dans le budget de l'Etat de 2011 est prévue une dotation spécifique de l'Etat au montant de 20 millions d'euros, afin de compenser une augmentation éventuelle des dépenses liées aux prestations en espèces de la maternité.

Force est de constater que les dispenses de travail en cas de grossesse augmentent de manière considérable. Il semble que la grossesse est de plus en plus considérée comme une "maladie" et qu'à partir du moment où l'état de grossesse est médicalement constaté, une dispense de travail est automatiquement accordée. Or, cette façon de procéder est contraire à la vocation initiale de la dispense de travail, qui consistait à protéger d'une part, la femme enceinte travaillant sur un poste à risques et ne pouvant pas être affectée à un autre poste de travail, et d'autre part, celle ayant une grossesse compliquée.

S'y ajoute que l'Etat respectivement le Ministère des Finances, qui procède à la liquidation du budget, n'est pas outillé à faire le suivi des dispenses de travail, tandis que la CNS dispose des moyens pour le faire en partenariat avec les services de la médecine du travail et les employeurs.

Pour ces raisons, il est proposé d'intégrer les prestations de maternité dans le régime général de l'assurance-maladie. L'objectif consiste à procéder avec la participation financière de l'Etat, à une adaptation des mécanismes d'attribution des dispenses de travail et de mettre une fois pour toute un terme au recours abusif et quasi systématique aux dispenses de travail en cas de maternité.

Au sujet de cette innovation importante de la réforme, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale fait valoir:

- que bien que le texte du projet de loi ne permette pas à lui-même de contrecarrer directement le recours aux dispenses de travail, devenu effectivement excessif au Luxembourg, la mise en place d'un cadre législatif contraignant ne s'impose pas. A noter qu'une telle démarche aurait nécessité une modification du Code du travail dans lequel figurent les dispositions en relation avec les dispenses du travail. La CNS, de part sa gestion (assumée par les partenaires sociaux) et son fonctionnement (en partenariat avec les différents prestataires de soins), dispose de certains moyens, contrairement au Ministère des Finances, pour trouver, par le biais de négociations avec les partenaires sociaux, un accord sur les critères d'attribution de la dispense de travail ;
- qu'en ce qui concerne le financement futur des programmes de mesures de médecine préventive soutenus par la CNS, il convient de noter que les programmes de l'Etat repris par la CNS, constituent des programmes communs, qui, jusqu'à présent, ont été financés en partie par l'Etat et en partie par la CNS, et que désormais, les programmes de mesures de médecine préventive soutenus par la CNS, seront financés par le budget de l'Etat. En pratique, le soutien de programmes ou de mesures de médecine préventive par la CNS se fera par le biais de négociations avec les différents partenaires concernés et le coût y afférent sera inscrit dans le budget de l'Etat respectif. Il est prévu que ces mesures seront financées par le biais d'économies réalisées par l'Etat, suite à une diminution des dépenses excessives dans certains domaines tel que le domaine pharmaceutique (des négociations sont en cours avec l'industrie pharmaceutique);
- que l'intégration de l'assurance-maternité dans l'assurance-maladie n'équivaut pas à un désengagement à terme de l'Etat, et ce pour trois raisons, à savoir :
 1. à un niveau international, il est exceptionnel voire unique que la maternité soit prise en charge à 100% par l'Etat ;
 2. le financement actuel de l'Etat (160 millions) sera transféré entièrement à l'assurance-maladie ;
 3. le changement envisagé se répercute dans une augmentation de la participation de l'Etat : une dotation spécifique de 20 millions est prévue dans le budget de l'Etat pour compenser l'augmentation éventuelle des dépenses liées aux prestations en espèces de la matière;
- que le transfert de l'assurance-maternité dans le régime général de l'assurance-maladie constitue une opération financière neutre pour la CNS ;
- que la participation de l'Etat n'est pas diminuée de 100% à 40%, mais le montant actuel de 160 millions d'euros est transféré entièrement à la CNS. Dans la mesure où il s'avérerait qu'il ne s'agit pas d'une opération financièrement neutre pour la CNS, l'Etat prendrait en charge 40% des augmentations des dépenses liées aux prestations en espèces en la matière, garanties dans une phase transitoire, par la dotation spécifique de 20 millions d'euros. La CNS prendra en charge 60% des augmentations des dépenses, répercutées sur les assurés et les employeurs. Toutefois, en cas de diminution des dépenses suite à une adaptation des mécanismes de demande et d'attribution des dispenses de travail (cas le plus favorable), la CNS ferait un bénéfice et la dotation spécifique ne serait plus due;
- que dans le futur, la CNS pourra toujours faire la ventilation entre les prestations relevant de la maternité et celles fournies en cas de maladie en différenciant suivant les pathologies;

- que dans un souci de transparence et dans l'objectif de contrecarrer le recours excessif aux dispenses de travail en maternité, l'inscription des codes sur les mémoires d'honoraires des médecins devra être faite avec plus de précision;
- que dans le cadre des demandes de dispenses de travail en matière de maternité, la définition de l'intervention future des services de la médecine du travail fera l'objet d'un projet à part, étant donné qu'elle implique des négociations entre partenaires sociaux, nécessitant une comparaison des conditions d'attribution inscrites dans le Code du travail, pour pouvoir déterminer les cas dans lesquels la dispense est à accorder.

Dans son avis du 23 novembre 2010, le Conseil d'Etat relève que, selon l'exposé des motifs les attributions d'acteur actif dans le développement de programmes de prévention de la Caisse nationale de santé sont renforcées. L'alinéa 2 de l'article 17 qui précise le rôle de la Caisse nationale de santé dans le domaine de la médecine préventive n'a cependant subi que des modifications mineures. Le Conseil d'Etat s'attend à ce que la Caisse nationale de santé joue un rôle plus actif dans la médecine préventive allant au-delà d'une simple participation à des mesures de prévention. Il propose de donner à ce point le libellé suivant:

« 2° L'article 8 prend la teneur suivante:

« **Art. 8.** L'assurance a principalement pour objet, dans les limites fixées par la présente loi et les statuts:

- le paiement d'une prestation en espèces sous forme d'indemnité pécuniaire de maladie ou d'indemnité pécuniaire de maternité;
- la prise en charge des soins de santé;
- l'organisation et la prise en charge de mesures de médecine préventive et la participation à celles-ci;
- le paiement d'une indemnité funéraire. » »

La commission unanime adopte ce point dans la teneur proposée par le Conseil d'Etat, le troisième tiret exprimant le rôle plus actif de la CNS dans le domaine de la prévention.

Points 3 et 4 - articles 10 et 12 CSS

Ces points modifient respectivement les articles 10 et 12 du CSS afin de tenir compte de l'introduction d'un taux unique de cotisation pour l'assurance maladie-maternité.

Pour les salariés (article 10) et les non salariés (article 12), l'indemnité pécuniaire de maladie sera dorénavant calculée, non plus sur base de l'assiette cotisable, mais sur base du revenu professionnel.

Ces points ne donnent pas lieu à observations particulières ni du Conseil d'Etat, ni de la commission.

Point 5 - article 17 CSS

Ce point modifie l'article 17 du CSS qui détermine les prestations de soins de santé prises en charge dans une mesure suffisante et appropriée par l'assurance maladie-maternité. D'une façon générale, on peut dire que les modifications proposées ont pour objet de moderniser la terminologie, notamment en l'adaptant à celle employée au plan européen.

- Point 3) de l'article 17 CSS

Ce point prévoit la prise en charge des traitements effectués par des professionnels de santé.

Quant à un éventuel remboursement des traitements en ostéopathie, il est précisé que la condition préalable indispensable réside dans la reconnaissance de la profession d'ostéopathe comme profession de santé. Ce ne sera qu'à ce moment que la voie du remboursement s'ouvrira, c'est-à-dire qu'une convention pourra être conclue avec les professionnels en cause définissant la nomenclature de leurs actes et les taux de prise en charge. Il est rappelé que la question de la reconnaissance de la profession d'ostéopathe a été tenue en suspens en attendant les lignes directrices que l'OMS s'apprête à publier sur ce sujet.

A noter encore que pour la profession de podologue la reconnaissance est toute récente et assure désormais la prise en charge des actes professionnels en cause.

- Point 4) de l'article 17 CSS

Pour des raisons de mise en conformité avec la terminologie européenne, le projet initial proposait de remplacer l'expression "analyses et examens de laboratoire" par "analyses médicales de biologie clinique". Cette expression moderne est plus adaptée pour couvrir l'ensemble des prestations entrant en ligne de compte pour la prise en charge par la CNS.

Le Conseil d'Etat considère qu'afin de rester cohérent avec la terminologie utilisée dans la loi du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales, il convient d'utiliser les termes « analyses de biologie médicale ».

La commission se rallie à cette proposition.

La commission précise que cette expression ne couvre pas les examens en anatomie pathologique, particulièrement importants en cancérologie et aujourd'hui exclusivement effectués au laboratoire national de santé. L'intérêt de la santé publique - par exemple en vue de la mise en place d'un registre national des tumeurs - exige que cette spécialité continue à être pratiquée de façon centralisée dans le laboratoire public et non pas dans les laboratoires privés.

A cet effet, il est toutefois indispensable que cet établissement soit réformé pour retrouver l'efficacité qui lui fait actuellement défaut. La commission a été informée que le projet de loi afférent devrait être déposé avant la fin de l'année en cours.

- Point 5) de l'article 17 CSS

Ce point tient compte du recours de plus en plus prononcé et médicalement indiqué aux implants ostéo-intégrés en médecine dentaire. Actuellement le remboursement de ces prestations n'est pas possible, même pas par analogie, de sorte que le projet tend à introduire une ouverture légale sur ce point. Il est entendu qu'il appartiendra aux statuts d'en définir les modalités, notamment en se basant sur des études scientifiques en la matière.

Dans ce contexte, le Gouvernement a souligné la volonté politique d'étendre en médecine dentaire le remboursement, actuellement insuffisant, en matière de prothèses et "bridge". Compte tenu des blocages existant sur ce point depuis des années au niveau de la CNS, la solution pourrait être d'imposer une nouvelle nomenclature par la voie réglementaire en tenant compte de l'évidence scientifique et des meilleures pratiques. Or le recours à la voie

réglementaire a précisément fait l'objet de vives contestations dans le cadre des discussions sur le présent projet. En tout état de cause faudra-t-il trouver les moyens pour dépasser l'immobilisme actuel.

Est encore soulignée la nécessité d'adjoindre également des spécialistes en immunologie à la cellule d'experts appelés à étudier ce dossier.

- Point 6) de l'article 17 CSS

En ce qui concerne le remboursement des médicaments, il est rappelé que la condition d'ouverture au remboursement à remplir pour tout médicament est celle d'être inscrit sur la liste positive arrêtée sur base de la valeur thérapeutique qui doit être scientifiquement démontrée. L'inscription sur la liste positive se fait sur base de propositions du service compétent de la CNS en collaboration avec la division de la pharmacie de la direction de la santé et avec l'EMA. Cette procédure vaut également pour les médicaments homéopathiques.

- Point 9) de l'article 17 CSS (ancien paragraphe 2)

Le point 9 du texte gouvernemental prévoyait que sont pris en charge les frais de séjour à l'hôpital en cas d'accouchement et en cas d'hospitalisation d'une personne pour laquelle les soins en vue de sa guérison, de l'amélioration de son état de santé ou de l'atténuation de ses souffrances ne peuvent être dispensés en dehors du milieu hospitalier, ces critères pouvant être précisés par règlement grand-ducal.

Le Conseil d'Etat constate que suite à la nouvelle formulation du point 9 (ancien point 7 de l'article 17), les frais de séjour à l'hôpital en cas d'hospitalisation ne sont opposables qu'au cas où les soins en vue de la guérison du patient, de l'amélioration de son état de santé ou de l'atténuation de ses souffrances ne peuvent pas être dispensés en dehors du milieu hospitalier, ces critères pouvant être précisés par règlement grand-ducal.

Cette disposition remplace celle qui retient les frais d'entretien en cas d'hospitalisation sauf pour le cas de simple hébergement. Il y a donc une différence notable, étant donné que les frais d'hospitalisation risquent de ne plus être pris en charge lorsqu'il est envisageable que les soins dispensés auraient pu l'être en ambulatoire.

Le Conseil d'Etat relève que le commentaire des articles précise cependant qu'il s'agirait de « reprendre l'actuelle définition du simple hébergement ». Il semble donc que l'incitation à la prise en charge ambulatoire, notamment dans le domaine chirurgical, voulue explicitement par les auteurs du projet de loi, ne soit pas visée à cet endroit.

Aussi, le Conseil d'Etat propose-t-il de maintenir le libellé de la disposition actuelle ayant trait à l'hébergement dans l'article 17 et de ne pas supprimer l'alinéa 2.

Afin d'éviter une interprétation erronée du point 9) dans le contexte d'une prise en charge ambulatoire, la commission a introduit l'amendement parlementaire 1 tenant compte du raisonnement du Conseil d'Etat tout en maintenant les termes "les frais de séjour" et en ajoutant le cas de l'accouchement.

La commission précise encore que la disposition facultative permettant de préciser les critères susvisés par voie de règlement grand-ducal a été maintenue afin de pouvoir se donner les moyens, si le besoin se faisait jour, de contrecarrer la résurgence éventuelle d'une tendance des hôpitaux à améliorer le taux d'occupation de leurs lits par le biais de l'hospitalisation de cas de simple hébergement.

- Point 13) de l'article 17 CSS

Ce point prévoit la prise en charge des soins palliatifs suivant les modalités d'attribution précisées par règlement grand-ducal.

La commission a soulevé la question de savoir s'il n'y a pas lieu de mentionner dans cet article, au même titre que les soins palliatifs pris en charge, également les soins prodigués (consultations et emploi des substances euthanasiantes) en vue d'une euthanasie. Ceci pourrait se faire par exemple en faisant référence aux soins dispensés conformément aux deux lois de base portant respectivement sur les soins palliatifs et l'euthanasie.

La commission a été informée par les experts gouvernementaux que jusqu'à présent il a été considéré que l'ensemble des actes prestés en vue d'une euthanasie sont couverts au titre des points 1° à 12° de l'article 17 et ne nécessitent partant pas de nomenclature spécifique. En d'autres termes, même à législation constante la prise en charge de tous les actes pratiqués en vertu d'une euthanasie, en milieu hospitalier ou extrahospitalier, est assurée et n'a d'ailleurs donné lieu à aucun problème en pratique. Les actes d'euthanasie sont donc à considérer comme étant couverts par la nomenclature existante.

En revanche, pour les soins palliatifs il n'existe à ce jour pas encore de convention ou de nomenclature au sens des articles 61 et 65 du CSS de sorte qu'il est nécessaire de garantir leur prise en charge par le biais du point 13 suivant des modalités d'attribution à préciser par règlement grand-ducal.

Point 6 supprimé (article 19, alinéa 1 CSS)

Le point 6 du texte gouvernemental initial proposait de donner à l'article 19, alinéa 1 CSS la teneur suivante:

« Art. 19. Les assurés sont libres de s'adresser aux prestataires de soins de leur choix et ce sans préjudice des centres de compétences et des filières de soins intégrées définis dans la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers. »

Comme ce point pouvait être interprété comme prévoyant une restriction au principe général du libre choix du prestataire dans le cadre des centres de compétences et des filières de soins intégrées visant une meilleure coordination et une meilleure allocation des ressources du secteur hospitalier, il a été supprimé par l'amendement gouvernemental n° 1.

Comme le libre choix du médecin n'empêche pas la mise en place de centres de compétences à l'intérieur desquels le libre choix est conservé, comme il n'empêche pas de règles dérogatoires en matière d'urgence, le Conseil d'Etat peut donner son accord à cet amendement.

La commission à son tour constate que cet amendement gouvernemental rencontre ses propres réflexions.

Point 6 (ancien point 7) - Article 19, alinéa 3 CSS

Ce point remplace à l'endroit de l'article 19, alinéa 3, les termes « pathologies inhabituelles » par ceux de « cas graves et exceptionnels », justifiant le recours à des actes non repris dans la nomenclature.

Comme la prestation de cet acte ne doit pas toujours être liée à la gravité du cas traité, le Conseil d'Etat propose de supprimer le mot « graves » dans l'expression précitée.

La commission reprend cette proposition du Conseil d'Etat.

Point 7 (ancien point 8) - article 19bis nouveau CSS

Cet article introduit la notion de médecin référent.

Cette innovation importante du projet a été au centre de réflexions approfondies à la fois de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale et du Conseil d'Etat (cf. sub considération générales).

Si la proposition de valoriser le rôle du médecin généraliste est favorablement accueillie, de nombreuses interventions ont toutefois tourné autour de la crainte de voir, du moins indirectement, compromise la liberté de choix du patient. La nécessité de clarifier le texte à cet égard était donc évidente, cette clarification devant enlever du texte tout élément qui pourrait nourrir l'idée d'une restriction du choix du patient.

L'amendement gouvernemental 2 a pour objet de clarifier le rôle du médecin référent, ceci en tenant compte notamment de soucis exprimés par l'organisation représentative des médecins et médecins-dentistes (AMMD). Conformément au point 4) du nouvel article 19bis, le médecin référent est donc investi de la mission de "superviser le parcours de l'assuré dans le système de soins de santé" non pas, comme prévu dans le texte gouvernemental initial "afin d'éviter des doubles emplois, la surconsommation ou les effets secondaires", mais aux fins "d'informer le patient par rapport aux risques liés aux doubles emplois...".

L'amendement a donc comme finalité d'écartier toute interprétation du texte qui imposerait au médecin référent une mission de contrôle du patient avec une obligation de résultat en ce qui concerne le comportement du patient.

En même temps, selon l'amendement 2 au point 6) du même article, la mission d'information de conseil et d'orientation du médecin référent ne se rapporte plus au "parcours de soins coordonnés du patient mais "à son parcours de soins". Il est donc ainsi précisé qu'il s'agit bien du parcours de soins individuel du patient. Tout élément de rigidité laissant penser à un parcours de soins prédéfini a donc été éliminé du texte.

Les amendements gouvernementaux répondent également aux considérations développées par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale au sujet de ce point et aux critiques formulées par l'AMMD à l'occasion de l'audition du 28 octobre 2010.

A l'alinéa 1^{er} point 4, la commission propose toutefois de remplacer le terme "informer" par l'expression plus ambitieuse "sensibiliser le patient", afin de souligner l'importance de la fonction du médecin référent dans l'accompagnement du patient par rapport aux risques liés aux doubles emplois, à la surconsommation et aux effets secondaires.

L'amendement gouvernemental 3 proposant de remplacer la voie réglementaire pour la fixation des qualifications, des droits et des obligations du médecin référent par la voie conventionnelle (convention à conclure entre la CNS et l'AMMD) était à voir en relation avec l'amendement 31 prévoyant à l'article 15 (initialement article 13) une mise en vigueur différée du volet médecin référent au 1^{er} janvier 2012.

Cet amendement tendait à renoncer à préciser par voie réglementaire les qualifications, droits et devoirs du médecin référent, et à confier ces dispositions au résultat d'une négociation réglant au niveau conventionnel les rapports entre la Caisse nationale de santé et une association représentative de prestataires de soins.

Dans son avis du 23 novembre 2010, le Conseil d'Etat rappelle que l'article 32(3) de la Constitution exige que dans les matières réservées à la loi par la Constitution, le Grand-Duc ne peut prendre des règlements et arrêtés qu'aux fins, dans les conditions et suivant les modalités spécifiées par la loi. La détermination des qualifications, droits et obligations du médecin référent par voie conventionnelle est dès lors exclue.

Le Conseil d'Etat s'oppose donc formellement à l'amendement gouvernemental 3.

Quant au texte prévu initialement à l'endroit du point 8 de l'article 1^{er} du projet de loi, le Conseil d'Etat relève qu'en abandonnant à un règlement grand-ducal la détermination de droits et devoirs du médecin référent autres que ceux décrits dans cet article à l'endroit des missions, le texte ne suffit pas à l'exigence de l'article 32(3) de la Constitution.

Le Conseil d'Etat relève que la disposition en question omet d'habiliter le Grand-Duc à déterminer les modalités et conditions de désignation, de reconduction de changement du médecin référent ainsi que de son remplacement en cas d'absence qui seraient fixées selon le point 34 de l'article 1^{er} par voie conventionnelle. Le maintien de cette disposition sous sa forme initiale empêcherait donc également le Conseil d'Etat d'accorder la dispense du second vote constitutionnel.

Le Conseil d'Etat ajoute que si le législateur estimait qu'il est indispensable de déterminer des critères de qualification pour les médecins référents, il conviendrait d'en fixer les principes dans le texte de la loi même, eu égard aux exigences de l'article 11(6) de la Constitution et dans le respect des dispositions du droit communautaire relatives à la libre prestation de services.

Eu égard à ces observations, le Conseil d'Etat propose de modifier l'alinéa 2 de l'article 19bis qui se lira dès lors comme suit:

« Un règlement grand-ducal détermine les modalités de désignation, de reconduction et de changement du médecin référent ainsi que de son remplacement en cas d'absence. »

La commission reconnaît le bien-fondé des réflexions juridiques du Conseil d'Etat et partant reprend le texte précité.

Concernant les observations du Conseil d'Etat en rapport avec la densité démographique potentiellement insuffisante en médecins généralistes au Luxembourg, surtout par rapport aux nouvelles charges de travail liées à la fonction de médecin référent, la commission fait valoir:

- que la mise en place de la nouvelle fonction se fera dans un processus par étapes, par la voie statutaire et/ou conventionnelle, principalement dans le cadre de négociations entre la CNS et les prestataires,
- que l'introduction du médecin référent, outre de procurer au patient une plus-value dans son parcours médical, est précisément destinée à rendre la voie de formation menant à la profession de médecin généraliste plus attractive pour les étudiants en médecine.

A ce titre, l'introduction du médecin référent constituera donc un élément de promotion spécifique de la profession de médecin généraliste, promotion qui est également soutenue par une offre de formation spécialisée afférente à l'Université du Luxembourg.

La rémunération du médecin référent pour le suivi régulier du patient, à négocier au niveau de la CNS, s'ajoutera à celle des autres actes "ordinaires" du médecin référent, pour lesquels il n'y aura par ailleurs aucune différenciation de tarifs entre le médecin généraliste

assumant la fonction de médecin référent et celui y renonçant. Il n'y aura pas non plus de catégorisation de médecins dans la mesure où l'éligibilité à la fonction de médecin référent n'est pas limitée.

Point 8 (ancien point 9) – Article 21 CSS

Sans observation.

Point 9 (ancien point 10) – Article 22 CSS

Ce point remplace l'article 22 en reprenant les anciens alinéas 2 à 8 de l'article 22 et les anciens alinéas 5 et 6 de l'article 47 afin de regrouper toutes les dispositions relatives à la liste positive de médicaments

Le texte prévu n'appelle pas d'observation de la part du Conseil d'Etat.

La commission l'adopte avec toutes les voix moins une voix contre (M. Jean Colombera) dans la teneur du projet gouvernemental.

Une proposition de rendre éligible à l'inscription sur la liste positive les médicaments homéopathiques en général et non pas seulement les médicaments homéopathiques unitaires - telle que prévue dans le texte gouvernemental - n'a pas été admise par la commission. La commission considère que cette question devrait faire l'objet d'un débat à part ne rentrant pas dans le cadre de la présente réforme.

Point 10° - Article 22bis nouveau CSS

Ce point insère dans le CSS un article 22bis nouveau introduisant un système de base de remboursement institué en vue de favoriser la délivrance des médicaments les moins chers appartenant à un même groupe comportant un principe actif principal qui n'est plus protégé par un brevet dans le pays de provenance.

Le Conseil d'Etat recommande fortement de spécifier les conditions d'équivalence en s'inspirant de la législation française et de remplacer l'alinéa 1 par le dispositif suivant:

« La Direction de la santé établit sur base de la classification scientifique internationale dénommée «Anatomical therapeutical chemical classification» de l'Organisation mondiale de la santé une liste des groupes de médicaments, appelés groupes génériques, comportant un même principe actif principal qui n'est pas ou n'est plus protégé par un brevet dans le pays de provenance du médicament. Cette liste est mise à jour mensuellement et communiquée à la Caisse nationale de santé. Sur cette liste la Direction de la santé distingue les médicaments pour lesquels il peut y avoir substitution par un autre médicament du même groupe, sous condition qu'ils aient

- *la même composition qualitative et quantitative en principe actif;*
- *la même forme pharmaceutique;*
- *une bioéquivalence démontrée par des études de biodisponibilité appropriées avec un médicament de référence faisant partie du groupe générique; ou, en l'absence de médicament de référence,*
- *un profil de sécurité et d'efficacité équivalent. »*

Les alinéas 2 et 4 de cet article ont fait l'objet des amendements gouvernementaux 4 et 5 qui trouvent l'accord du Conseil d'Etat et de la commission.

L'alinéa 4 amendé prévoit que la liste des groupes de médicaments soumis à une base de remboursement est publiée au Mémorial. La publication du montant de toutes les bases de remboursement étant trop volumineuse et soumise à des fluctuations importantes, l'amendement 5 en a supprimé la publication formelle au Mémorial. Cette publication sera de toute façon faite sur le site Internet de la Caisse nationale de santé.

Le représentant du groupe ADR remet en question la possibilité d'assurer dans toutes les hypothèses la bioéquivalence entre les deux médicaments faisant l'objet d'une opération de substitution. L'absence d'une équivalence intégrale peut poser de graves problèmes, notamment au niveau des allergies pouvant être provoquées par des substances accessoires ou adjuvantes non clairement identifiées dans le médicament de substitution.

La commission souligne que le système de substitution proposé se distingue par son approche prudente et des conditions d'équivalence très rigoureuses. On ne saurait reprocher à la démarche proposée une ingérence dans le traitement thérapeutique.

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

Sous le bénéfice de ces observations, la commission unanime moins une abstention (M. Jean Colombera) adopte cet article dans la teneur gouvernementale amendée, sauf l'alinéa 1^{er} qui est repris du Conseil d'Etat.

Point 11 (ancien point 10) - Article 22ter nouveau CSS

Dans la mesure où il est précisé qu'un règlement grand-ducal détermine les critères, les conditions et la procédure se rapportant à la fixation des prix des médicaments à usage humain, et que partant l'intervention du ministre compétent se limite à la prise de décision individuelle fixant le prix de chacun de ces médicaments, ce point, tout comme l'amendement gouvernemental 6 y relatif, trouvent l'accord du Conseil d'Etat.

La commission n'a pas d'observations particulières à formuler au sujet de ce point.

Point 12 (ancien point 13) - Article 23, alinéa 2

Sans observation.

Point 13 (ancien point 14) - Article 24 CSS

Ce point apporte certaines adaptations à l'énumération des actes, services et fournitures auxquelles s'applique le mode de la prise en charge directe par la Caisse nationale de santé.

Tel que prévu au programme gouvernemental, l'avant dernier alinéa de cet article prévoit encore l'introduction du tiers payant social dispensant les assurés confrontés à des situations de détresse et de pauvreté considérable, de passer par le système de remboursement sur paiement préalable des prestations de soins de santé. La constatation de l'état d'indigence est faite par les offices sociaux tels que réformés par la loi du 18

décembre 2009 organisant l'aide sociale. Les modalités de la prise en charge directe sont fixées dans les statuts et dans les conventions respectives.

Afin de mieux informer et responsabiliser l'assuré un relevé périodique des prestations fournies dans le cadre du tiers payant lui est envoyé par la Caisse nationale de santé. L'introduction du tiers payant social trouve l'accord du Conseil d'Etat et de la commission.

Le Conseil d'Etat constate que les termes « analyses et examens de laboratoire » ont été remplacés par « analyses médicales de biologie clinique » au point 1.

Afin de rester cohérent avec la terminologie utilisée dans la loi du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales, le Conseil d'Etat suggère, à l'instar de sa proposition relative au point 1, d'utiliser les termes « analyses de biologie médicale ».

La commission reprend cette proposition.

Point 14 (ancien point 15) - Article 26 CSS

Ce point abroge l'actuel article 26, étant donné que les soins d'une sage-femme, l'assistance médicale, le séjour dans une maternité ou clinique, les fournitures pharmaceutiques et produits diététiques pour nourrissons sont désormais inclus dans les prestations de soins de santé à charge de la Caisse nationale de santé.

Points 15 à 18 (anciens points 16 à 19) - Articles 28, alinéa 2, 29, 30, 31, alinéa 1 CSS

Ces points consacrent des adaptations techniques dans les articles correspondants du CSS, devenues nécessaires suite à l'intégration du financement des prestations de maternité dans le financement normal de la CNS.

La commission reproduit ci-après les explications afférentes fournies à ce sujet par le Conseil d'Etat, qui résument les opérations techniques en question.

La notion de « cotisations » se compose d'une part fixée par un taux de cotisation et de la participation de l'Etat. Suite à l'intégration des prestations de maternité dans le régime général de l'assurance maladie-maternité, il n'y aura plus de distinction au niveau du taux de cotisation entre les différentes prestations et gestions. Toutes les charges de l'assurance maladie-maternité, y compris la dotation à la réserve et le remboursement à la Mutualité, seront financées par cet unique taux de cotisation qui correspond globalement au niveau de celui pour soins de santé actuel. Ce taux est majoré de 0,5% du taux de cotisation pour les assurés qui ont droit à une prestation en espèce. La participation financière de l'Etat aux prestations de maternité ne s'effectuera plus par une prise en charge directe des frais, mais par le biais d'une participation aux cotisations. Cette intégration permet de simplifier les procédures administratives de la Caisse nationale de santé, car il n'y a plus de décompte des frais avec l'Etat à établir. En dehors de sa participation à raison de 100% au titre des prestations en espèces et en nature en cas de maternité, l'Etat intervient actuellement à raison de 37% au titre des soins de santé et à raison de 29,5% au titre de l'indemnité pécuniaire de maladie. Globalement, la participation de l'Etat au financement de l'assurance maladie-maternité s'élevait en 2009 à 41,2% alors que le nouvel article 31, alinéa 1 CSS fixe la participation de l'Etat à 40%. Au titre de l'article 12 du projet de loi (14 dans le texte amendé), l'Etat verse par ailleurs à titre transitoire un montant compensatoire de 20 millions d'euros par année.

Points 19 - 21 (Articles 32, 33 et 38)

Sans observation.

Points 21 et 22 (Articles 38 et 40 CSS supprimés)

Ces points suppriment les articles 38 et 40 suite à l'intégration du financement des prestations de maternité par l'assurance maladie-maternité.

Point 23 (ancien point 24) - Article 43, alinéas 1 et 2 CSS

Ce point qui remplace à l'endroit de l'article 43 l'expression « indemnité pécuniaire de maladie » par celle de « prestations en espèce » n'appelle pas d'observation de la part du Conseil d'Etat.

La commission le reprend tel que proposé par le texte gouvernemental.

Point 23 (ancien point 23) - Article 46, alinéa 4 CSS

Ce point adapte le libellé de l'article 46 suite à l'intégration du financement des prestations de maternité par l'assurance maladie-maternité.

Le texte ne donne pas lieu à des observations particulières.

Point 25 (ancien point 26) - Article 47 CSS

Ce point modifie l'article 47, qui, ensemble avec les articles 72, 72bis, 73 et 73bis, a trait aux litiges concernant le respect des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles auxquelles sont astreints les prestataires tombant sous le champ d'application du conventionnement obligatoire.

Actuellement le Code de la sécurité sociale attribue à la Commission de surveillance deux champs de compétence :

- 1) celui de l'article 72bis, c'est-à-dire trancher les recours administratifs internes en matière de tarifs et de tiers payant ;
- 2) celui de l'article 73 : un pouvoir d'investigation et de contrôle.

Selon le projet gouvernemental initial, il était prévu de réformer la Commission de surveillance en renforçant les mesures relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude. A cet effet, le projet proposait de lui conférer plus qu'un seul champ de compétence, celui de poursuivre toute inobservation des règles de la sécurité sociale aboutissant à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation par l'institution de sécurité sociale et de faire condamner l'auteur par la juridiction sociale.

Ainsi le projet proposait de transférer le premier champ de compétence actuel de la Commission de surveillance, à savoir celui de l'article 72bis actuel des décisions individuelles relatives aux tarifs et au tiers payant, dans la procédure administrative interne de l'article 47 et de l'article 51 du Code de la sécurité sociale : selon le projet initial les litiges individuels opposant soit un assuré soit un prestataire à la Caisse nationale de santé étaient censés faire l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué susceptible d'un recours de première et de deuxième instance devant les juridictions de sécurité sociale.

Le texte gouvernemental a fait l'objet de deux oppositions formelles du Conseil d'Etat. La première opposition vise la compétence attribuée au président de la CNS en matière d'amende d'ordre, alors que ce dernier ne saurait être à la fois partie et juge. Au titre de solution alternative, le Conseil d'Etat propose de confier cette mission au directeur de l'IGSS.

La deuxième opposition concerne les pouvoirs de contrôle et d'intervention que le projet initial proposait d'accorder au Contrôle médical de la Sécurité sociale à tous les niveaux, et plus particulièrement son droit d'inspection s'étendant aux lieux où exerce le prestataire concerné de la sécurité sociale. Le Conseil d'Etat considère ce pouvoir de contrôle comme disproportionné par rapport au but recherché et non conforme au droit de l'inviolabilité du domicile garanti par l'article 15 de la Constitution et l'article 8 de la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales.

Après un large échange de vues et afin de tenir compte des réserves du Conseil d'Etat quant à l'utilité et au bien-fondé de la suppression de la voie de recours administrative interne pour les décisions individuelles en matière de tarifs, la commission propose un amendement ayant pour objet de revenir au texte actuel de l'article 47 du CSS, sauf à y opérer quelques redressements matériels. Le texte amendé prévoit une composition adaptée de la commission selon le litige à traiter et un renforcement des sanctions. Pour le reste, le champ de compétence de la Commission de surveillance est rétablie dans sa teneur actuelle. Les deux alinéas concernant les décisions relatives à l'inscription ou non des médicaments sur la liste positive étant transférés dans le projet de loi vers l'article 22 du CSS afin d'y regrouper toutes les dispositions relatives à la liste positive de médicaments, ne sont plus à reproduire dans l'article 47 du CSS. Les modifications ainsi apportées à l'article 47 CSS sont regroupées sous l'amendement parlementaire 4.

Point 26 (ancien point 27) - Article 48

Sans observation.

Point 27 supprimé (ancien point 28) - Article 51, alinéa 2 CSS

Dans la logique de l'amendement parlementaire 4, sub point 25 ci-dessus, le point 27 du projet de loi est supprimé par l'amendement parlementaire 5, de sorte que l'article 51, alinéa 2 CSS reprend sa teneur actuelle, à savoir:

« Tout litige au sujet d'un tarif en application des nomenclatures ou des conventions ou au sujet d'un dépassement des tarifs visés à l'article 66, alinéa 3 fait l'objet d'une décision du président du comité directeur ou de son délégué. Cette décision est notifiée à l'assuré et au prestataire de soins en cause. L'assuré ou le prestataire de soins peuvent porter le litige dans les quarante jours de la notification devant la Commission de surveillance prévue à l'article 72. »

Point 27 (ancien point 29) - Article 60 CSS

Sans observation.

Point 28 (ancien point 30) - Article 60bis nouveau

Ce point regroupe dans un nouvel article 60bis les dispositions de l'actuel article 21 déterminant les obligations de communication de toute donnée pertinente pour l'état de santé de l'assuré.

L'amendement gouvernemental 7 a limité les dispositions à fixer par la voie réglementaire à la communication des diagnostics, les prescriptions et les prestations. Les dispositions

relatives à la transmission et la circulation de données d'informations sont maintenues au niveau conventionnel.

La commission se rallie au texte gouvernemental amendé.

Points 29 et 30 (anciens points 31 et 32) - Articles nouveaux 60ter et 60quater

Ces points concernent l'introduction du dossier de soins partagé ainsi que la mise en place de l'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé.

Compte tenu de critiques exprimées par les milieux intéressés et dans le débat public en général par rapport à cette importante innovation du projet de réforme et dans le souci d'en renforcer la plus-value pour le patient et son médecin traitant, le Gouvernement a une première fois adapté le texte initial par le biais des amendements gouvernementaux 8 et 9.

Par l'amendement gouvernemental 8, la liste des personnes ou organismes autorisés à accéder au dossier de soins partagé a été limitée au médecin référent, au médecin traitant et aux professionnels de santé impliqués dans la prise en charge et autorisés par le patient.

L'accès sur demande du Contrôle médical de la sécurité sociale et des officiers de police judiciaire de la Direction de la santé a été supprimé. Pour ces intervenants initialement prévus, cette autorisation n'est pas nécessaire, étant donné qu'ils possèdent par d'autres voies et dans des conditions bien déterminées un accès au dossier géré par le prestataire respectif et visé à l'article 60bis du CSS. Il est rappelé que les deux premiers alinéas du nouvel article 60bis reprennent les dispositions de l'article 21 actuel du CSS afin de regrouper les articles du CSS concernant la documentation et le dossier patient.

Dans cette version amendée, la direction d'un établissement hospitalier aurait gardé encore un accès limité et à des fins bien définies aux données liées aux traitements réalisés au sein de l'hôpital.

Par ailleurs, la précision que le patient dispose d'un droit d'accès à son dossier, figurant au commentaire des articles, a été formellement reprise dans le paragraphe 4 de l'article 60quater du CSS.

L'amendement gouvernemental 9 a conféré à l'ancien point 31 du projet de loi, à l'article 60quater, paragraphe 5 du Code de la sécurité sociale la teneur suivante :

« (5) L'Agence, la Direction de la santé, le Laboratoire national de santé, l'Inspection générale de la sécurité sociale et la Caisse nationale de la santé, échangent à l'aide de procédés automatisés ou non des informations rendues anonymes à des fins statistiques ou épidémiologiques. Les procédés automatisés se font moyennant interconnexion de données et sous garantie d'un accès sécurisé, limité et contrôlé. »

Cet amendement a tenu compte du fait que le Laboratoire national de santé (LNS) a entre autres comme mission de réaliser des études épidémiologiques dans tous les domaines de diagnostic dont il est chargé, que ce soit au niveau de la médecine humaine, de la médecine vétérinaire, de la médecine de l'environnement au sens large ou encore de la chaîne alimentaire. Afin de pouvoir assumer un travail de haute qualité au profit de la santé publique au Grand-Duché de Luxembourg, il sera indispensable que le LNS puisse avoir accès aux informations rendues anonymes à des fins statistiques ou épidémiologiques. L'article 60quater, paragraphe 5 du CSS est adapté en ce sens.

Le Conseil d'Etat se prononce en faveur de la création d'une Agence nationale qui ne devrait cependant pas se limiter à promouvoir l'interopérabilité et la sécurité dans la mise en place

de systèmes d'information de santé, mais être chargée de leur déploiement. Ainsi, elle ne devrait pas seulement fournir un support à la convergence des systèmes d'information de santé, mais superviser activement cette convergence.

En ce qui concerne l'accès à ce dossier de soins partagés, il ressort bien de l'exposé des motifs qu'il « n'est pas un dossier patient unique (...). Sous réserve d'opposition du patient à son activation, il s'agit plutôt d'une documentation de base partagée, fonctionnant suivant des standards communs reconnus et qui est interopérable avec les dossiers existants au niveau des secteurs hospitalier et extrahospitalier.

Le dossier de soins partagé ne se substitue pas à la documentation créée actuellement par les prestataires de soins qui continueront à gérer leur documentation dans leur dossier professionnel ou institutionnel.

Le Conseil d'Etat ne voit cependant pas la nécessité d'accorder l'accès au dossier de soins partagés à la direction d'un établissement hospitalier pour les données des patients traités en son sein, comme prévu dans l'article 60^{quater}.

Le Conseil d'Etat a encore relevé l'importance de l'avis de la Commission nationale pour la protection des données (CNPD) sur le respect des règles de protection des données à caractère personnel relatives à la santé, régies par l'article 7 de la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel, (pas encore disponible au moment de la finalisation de son avis) et il a demandé à la Chambre de respecter les conditions éventuellement tracées dans cet avis.

L'avis de la CNPD a été communiqué à la Chambre des Députés le 24 novembre 2010. La commission nationale a émis un avis largement positif, ce qui n'est pas surprenant dans la mesure où elle a été ab initio associée à l'élaboration du projet et qu'elle continuera d'être impliquée dans la mise en œuvre du système.

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale s'est longuement penchée sur ce point particulièrement sensible de la réforme.

Compte tenu de l'avis du Conseil d'Etat et de celui de la Commission nationale de la protection des données, la commission, après un large échange de vues, adopte les amendements parlementaires 6 et 7 portant sur les points 29 et 30.

L'amendement 6 a pour objet de compléter à l'article 60^{ter} les missions de l'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé par un point 5) dédié à la communication envers les patients et prestataires sur le fonctionnement du dossier de partage et de la plateforme, dont notamment les droits des utilisateurs et les mesures de sécurité mises en place.

En effet, tel que le fait ressortir l'avis de la CNPD, l'Agence a une responsabilité propre particulière. En tant que responsable du traitement, elle doit notamment respecter une obligation d'information vis-à-vis des personnes concernées (amendement 6).

Les modifications apportées par l'amendement parlementaire 7 se rapportent à l'article 60^{quater} et se résument comme suit:

1) La première modification, inscrite au paragraphe (3), vise à souligner le caractère secret des informations partagées à des finalités précises, qui s'inscrivent dans le cadre de la relation entre le patient et le prestataire de soins de santé. La formulation proposée correspond à celle suggérée par la CNPD à la page 7 de son avis.

Le texte amendé traduit le souci de la CNPD de déterminer les différents niveaux d'accès non seulement par rapport aux différentes catégories de prestataires, mais également par rapport aux différentes catégories de données. Concrètement se trouve ainsi consacré le droit du patient de ne pas porter à la connaissance des prestataires autorisés certains groupes d'information qu'il considère comme particulièrement sensibles. Il est entendu que la mise en œuvre de cet accès conditionné requerra des solutions techniques sophistiquées, à la hauteur de la complexité du problème.

2) La suppression de l'accès des directions des établissements hospitaliers au paragraphe (3) répond à une observation formulée par le Conseil d'Etat.

3) Le paragraphe (4) est complété, afin de préciser que le patient dispose d'un droit d'information sur les accès et les personnes ayant accédé à son dossier de soins partagé.

La commission souligne qu'il s'agit en l'occurrence d'une garantie essentielle supplémentaire pour le patient, qui est susceptible de renforcer l'acceptation du système auprès du grand public. La loi assure ainsi au patient d'être informé sur les consultations successives de son dossier. En d'autres termes, la traçabilité des consultations du dossier traduit concrètement le droit d'information du patient sur l'identité des personnes ayant accédé à son dossier.

4) L'ajout au point 3) du paragraphe (6) permet une granularité des niveaux d'accès aux données de la plateforme tenant non seulement compte de la catégorie du prestataire, mais aussi de la sensibilité attachée par le patient à certaines données de santé (page 6 de l'avis de la CNPD).

5) Conformément à la recommandation formulée à la page 9 de l'avis de la CNPD, le nouveau point 3) vise à inscrire dans la loi l'exigence d'un niveau de sécurité particulièrement élevé de la plateforme. Les modalités et mesures de détail seront précisées par règlement grand-ducal pris sur avis de la CNPD.

Le paragraphe (2) de l'article 60ter CSS prévoit que la fonction de l'Agence "*est confiée à un groupement d'intérêt économique, regroupant l'Etat, la Caisse nationale de santé et le Centre commun de la sécurité sociale, ainsi que des organismes représentatifs des prestataires des soins et des associations représentant l'intérêt des patients.*"

En ce qui concerne l'expression "des associations représentant l'intérêt des patients", la commission précise qu'il s'agit d'un terme générique ne visant pas concrètement une association déterminée, ceci en attendant que la future législation sur les droits des patients crée la base pour la constitution d'un ou de plusieurs organismes réellement représentatifs des intérêts des patients.

Point 31 (ancien point 33) – Article 61, alinéa 2, point 3) CSS

Sans observation.

Point 32 (ancien point 34) – Article 61, alinéa 2, point 12) CSS

Ce point a été introduit par l'amendement gouvernemental 10.

Le centre d'accueil pour personnes en fin de vie étant intégré dans le plan hospitalier et de ce fait financé par la voie du budget hospitalier, il y a lieu de supprimer le bout de phrase « *ainsi que les centres d'accueil pour les personnes en fin de vie, dûment agréés par le ministre ayant la Famille dans ses attributions* » à l'article 61 du CSS relatif aux relations avec le secteur extra-hospitalier.

Cet amendement gouvernemental ne donne pas lieu à observation du Conseil d'Etat.

La commission unanime l'adopte tel que présenté par le Gouvernement.

Point 33 (ancien point 34) - Article 64 CSS

Le point 34 apporte à l'endroit de l'article 64 des modifications aux modalités du conventionnement obligatoire qui est une particularité du système de santé luxembourgeois.

Ce point a fait l'objet des amendements parlementaires 12 à 14 ayant pour objet de renoncer à différents endroits aux modifications proposées et de revenir au texte actuel du CSS.

La protection de la santé des personnes affiliées obligatoirement au régime légal d'assurance maladie-maternité est réglée par un conventionnement des prestataires de soins qui est également obligatoire et général.

Ce point fait l'objet de réflexions très approfondies du Conseil d'Etat sur le fondement même de ce système. Ainsi le Conseil d'Etat souligne que, par le biais de ce système de protection sociale, l'Etat s'interpose donc dans la relation entre patient et prestataire de soins et détermine les modalités de cette relation. Dans le domaine de la protection de la santé, une telle ingérence n'est défendable que si elle reste justifiée, c'est-à-dire pour autant qu'elle assure le libre accès à des soins de qualité, et évite l'introduction d'une médecine à deux vitesses au Luxembourg en garantissant l'égalité de traitement indépendamment des ressources propres et de la situation sociale de l'assuré. Le système du conventionnement obligatoire, automatique et général impose des contraintes strictes au libre exercice des activités des médecins et médecins-dentistes, tout comme il les fait bénéficier implicitement de certains avantages.

Le Conseil d'Etat ajoute que les restrictions établies par la loi et ayant pour but de régler la protection de la santé doivent rester proportionnées et ne pas aller au-delà de ce qui est nécessaire pour atteindre cet objectif. L'objectif de maintenir un service médical de qualité, équilibré et accessible à tous et celui de prévenir un risque d'atteinte grave à l'équilibre financier du système de sécurité sociale constituent, selon le Conseil d'Etat, des raisons impérieuses d'intérêt général qui justifient une restriction à la liberté d'exercice de la profession libérale.

Aux yeux du Conseil d'Etat, le système du conventionnement obligatoire serait plus solidement ancré si la loi prévoyait une disposition selon laquelle les conventions conclues pour régler les rapports entre la Caisse nationale de santé et les associations représentatives des prestataires étaient rendues d'obligation générale par le biais de règlements grand-ducaux.

La commission considère que cette proposition du Conseil d'Etat mérite un examen plus approfondi, principalement par rapport aux conséquences sur l'ordre juridique interne. La déclaration d'obligation générale par règlement grand-ducal ferait acquérir à la convention elle-même un caractère réglementaire. Par conséquent, cette façon de procéder modifierait substantiellement la nature juridique de la convention en tant qu'instrument de base déterminant les rapports entre la CNS et les prestataires.

La commission charge le Gouvernement d'étudier cette question et d'y revenir en temps utile.

*

Le Conseil d'Etat passe ensuite à l'analyse détaillée des différentes matières réglées obligatoirement dans la convention en général et dans celle avec les médecins et médecins-dentistes en particulier.

Un premier point critiqué par le Conseil d'Etat concerne le point 4) relatif aux "bonnes pratiques médicales opposables". Il est d'avis que les caractéristiques et la portée de cette notion restent trop floues dans le texte de loi.

La commission se rallie à la proposition de considérer les bonnes pratiques comme recommandations, non opposables, à rapprocher des RPC françaises (recommandations de pratique cliniques).

Les RPC sont définies comme « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ». L'objectif est d'informer les professionnels de santé et les patients et usagers du système de santé sur l'état de l'art et les données acquises de la science afin d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins. Les RPC ne sont pas opposables.

La mise en place de recommandations de bonnes pratiques devra influencer la pratique médicale: le médecin devra être dans l'obligation de les connaître, et l'acquisition de ces connaissances contrôlée dans le cadre de la formation médicale continue. Le médecin doit pouvoir s'en écarter, motivé par des circonstances particulières, et être en mesure de justifier et légitimer leur inapplication.

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale partage les réflexions circonstanciées menées par le Conseil d'Etat sur cette question et reprend donc les propositions de texte afférentes du Conseil d'Etat concernant les points 4 et 5.

Le point 7 introduit un seuil minimal de prescription de médicaments pour lesquels une base de remboursement a été fixée.

Le Conseil d'Etat ne peut pas adhérer au concept d'un seuil de prescription dont la violation serait recherchée par la Commission de surveillance. Il considère cette démarche comme étant disproportionnée au but recherché et risquant fortement d'influencer négativement la qualité de la prise en charge des patients en limitant explicitement le volume de médicaments sans base de remboursement qu'un médecin est autorisé à prescrire, indépendamment du profil des pathologies de ses patients.

Le Conseil d'Etat insiste donc sur la suppression du point 7.

La commission reprend cette proposition du Conseil d'Etat.

Eu égard aux observations faites par le Conseil d'Etat à l'endroit du point 8 de l'article 1^{er} du projet de loi, la formulation telle que proposée à l'endroit du point 9 de l'article 64 du Code de la sécurité sociale est à supprimer sous peine d'opposition formelle et à remplacer par le texte suivant:

« 9) les rapports avec le médecin référent ».

La commission se rallie à ce texte.

Point 34 (ancien point 35) - Article 65 CSS

Ce point modifie l'article 65 qui détermine les nomenclatures et les modalités de leur établissement.

Le Conseil d'Etat constate que les modalités d'établissement de la nomenclature actuelle des médecins n'ont pas su empêcher une distorsion importante entre les différentes spécialités et qu'une réforme de ces modalités s'impose. Il approuve le fait que la durée, la compétence technique et l'effort intellectuel requis pour dispenser un acte professionnel sont pris en compte.

Il propose de donner à la dernière phrase de l'alinéa 2 de l'article 65 CSS le libellé suivant:

« Le coefficient est un nombre exprimant la valeur relative de chaque acte professionnel inscrit dans chacune des nomenclatures visées au présent alinéa tenant compte obligatoirement de la durée, de la compétence technique et de l'effort intellectuel requis pour dispenser cet acte professionnel. »

La commission reprend ce texte, à l'exception du terme "obligatoirement" qui est supprimé dans le cadre de l'amendement parlementaire 9.

L'alinéa 3 qui prévoit de détailler dans la nomenclature des médecins les spécialités requises tout comme les normes de compétences spécifiques et les expériences professionnelles et qui évite par conséquent que tout médecin puisse effectuer tout acte trouve l'accord du Conseil d'Etat. Comme les prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, point 1 sont les médecins, le Conseil d'Etat estime qu'il y a lieu de les nommer directement dans la première phrase de cet alinéa.

La commission se rallie à cette proposition. Toutefois la référence aux filières de soins intégrées ou planifiées est supprimée du texte par l'amendement parlementaire 9 (voir sub article 2).

L'alinéa 8 concerne la nouvelle composition de la Commission de nomenclature. Suite aux négociations avec les différents groupements et organismes intéressés, la commission propose une nouvelle composition, toujours dans le cadre de l'amendement 9. Cette composition sera la suivante:

- 1) *"deux membres dont le président, désignés par arrêté conjoint des ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale et la Santé ; un membre doit avoir la qualité de médecin ;*
- 2) *deux membres désignés par le comité directeur de la Caisse nationale de santé;*
- 3) *deux membres désignés par le ou les groupements signataires de la convention pour les médecins ;*
- 4) *en fonction de la nomenclature en cause, deux membres désignés par le ou les groupements signataires de la convention concernée."*

Par ailleurs au lieu du membre désigné par l'EHL, la commission propose de prévoir une composition spécifique pour les délibérations de la Commission de nomenclature portant sur des actes et services dispensés en milieu hospitalier, ceci en faisant suivre la composition précitée de l'alinéa suivant:

"Lorsque la Commission de nomenclature est amenée à statuer en matière d'actes et services relevant de la nomenclature des médecins et dispensés en milieu hospitalier, la composition de la Commission de nomenclature est complétée par deux membres devant avoir la qualité de médecin et désignés respectivement par arrêté conjoint des ministres

ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale et par le groupement représentatif des hôpitaux."

La commission souligne que la composition amendée de cet important organisme de la Sécurité sociale continue de respecter les équilibres réadaptés que le projet initial entendait y apporter.

Le dernier volet de l'amendement parlementaire 9 consiste à reprendre à l'antépénultième alinéa de l'article 65 CSS la disposition relative à la neutralisation liée à la modification du coefficient d'un acte. Il s'agit d'un mécanisme régulateur de compensation communément qualifié du "principe du vase communicant". A noter toutefois que cette compensation ne joue pas pour l'opération unique de participation des prestataires aux efforts d'économies, participation qui est nette et donc non récupérable.

Finalement, il convient de mentionner l'amendement gouvernemental 15 qui a précisé que la Commission de nomenclature est assistée dans l'accomplissement de ses missions par la cellule d'expertise médicale, à laquelle elle demande des avis des affaires dont elle est saisie.

Point 35 (ancien point 36) - Article 65bis CSS

L'article 65bis introduit la nouvelle cellule d'expertise médicale.

Le Conseil d'Etat considère que les rapports entre la Cellule d'expertise médicale et le Conseil scientifique doivent être spécifiés, tout comme leurs rôles respectifs dans l'élaboration des bonnes pratiques médicales.

Suite à un échange de vues et compte tenu de la prise de position des experts gouvernementaux, la commission adopte une version amendée de cet article, tenant compte des critiques du Conseil d'Etat:

- Le paragraphe 1^{er} concerne la Cellule d'expertise médicale et le paragraphe 2 le Conseil scientifique du domaine de la santé.

- Les standards de bonne pratique médicale sont définis au paragraphe 2, alinéa 2, comme étant des recommandations développées selon une méthode explicite pour aider le médecin et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données. L'objectif de tels standards de bonnes pratiques médicales est d'informer les professionnels de santé, les patients et les usagers du système de santé sur l'état de l'art et les données acquises de la science afin d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins.

- Le paragraphe 2, alinéa 3 nouveau, précise les modalités de la collaboration entre la Cellule d'expertise médicale et le Conseil scientifique.

Point 36 (ancien point 37) - Article 66 CSS

Ce point modifie l'article 66 qui a trait aux valeurs des lettres-clés des nomenclatures des prestataires de soins visés à l'article 61.

Par le biais de l'amendement gouvernemental 16, il a été renoncé à la désindexation des tarifs pour location d'appareils qui aurait mené à une lettre-clé à part pour ce type d'actes.

Le Conseil d'Etat approuve le projet gouvernemental en ce qu'il ne limite plus les modalités du dépassement, à charge des assurés, des tarifs fixés par les nomenclatures pour

convenances personnelles de la personne protégée admise à l'hospitalisation en première classe.

La commission adopte ce point dans la teneur gouvernementale amendée.

Ancien point 38 supprimé (Article 67 CSS)

Ce point est supprimé par l'amendement parlementaire 11 de sorte qu'à l'article 67 CSS le terme actuel "revalorisation" est rétabli et non pas remplacé par celui de "adaptation".

Points 37 et 38 (anciens points 39 et 40) - Articles 69 et 70 CSS

Ces points apportent des modifications à la procédure de médiation et distinguent les situations avec absence d'accord sur l'adaptation de la lettre-clé conformément à l'article 67 de celles avec absence d'accord sur l'élaboration ou l'adaptation d'une convention ou sur les dispositions obligatoires de la convention visées à l'article 64 et à l'article 66, alinéa 3.

Au commentaire des articles, il est précisé qu'en matière de litiges au niveau conventionnel, le Conseil supérieur de la sécurité sociale ne peut pas rendre une sentence arbitrale qui n'est susceptible d'aucune voie de recours, étant donné qu'il serait alors appelé à fixer une disposition conventionnelle et à statuer en matière de litige conventionnel.

Le Conseil d'Etat partage cette analyse.

Cependant, le Conseil d'Etat constate que l'amendement gouvernemental 17 prévoyait précisément que l'échec de la médiation dans les deux cas de figure fait intervenir le Conseil supérieur de la sécurité sociale qui rend une sentence arbitrale qui n'est susceptible d'aucune voie de recours. Le Conseil d'Etat s'oppose formellement à la fois à cette façon de procéder, alors que le Conseil supérieur de la sécurité sociale serait appelé à fixer une disposition conventionnelle et à statuer en matière de litige conventionnel.

Le Conseil d'Etat estime qu'en cas d'échec de la médiation, les dispositions obligatoires de la convention devront être établies par voie de règlement grand-ducal.

Il propose donc de maintenir la teneur initiale du point 40 et de donner à l'alinéa 2 du paragraphe 2 le libellé suivant:

« Les dispositions obligatoires de la convention sont alors fixées par voie de règlement grand-ducal. »

Il s'ensuit qu'au point 40 l'article 70 CSS aura la teneur suivante:

« 40° L'article 70 prend la teneur suivante :

« Art. 70. (1) Lorsque la médiation déclenchée en vertu de l'article 69, alinéa 1, n'aboutit pas à un accord sur l'adaptation de la lettre-clé, le médiateur dresse un procès-verbal de non-conciliation qu'il transmet au Conseil supérieur de la sécurité sociale.

Le Conseil supérieur de la sécurité sociale rend une sentence arbitrale qui n'est susceptible d'aucune voie de recours. Elle doit être prononcée avant l'expiration de l'ancienne convention.

(2) Lorsque la médiation déclenchée en vertu de l'article 69, alinéa 2 n'aboutit pas, dans un délai de trois mois à partir de la nomination d'un médiateur, à une convention ou à un accord

sur les dispositions conventionnelles obligatoires, le médiateur dresse un procès-verbal de non-conciliation qu'il transmet au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Les dispositions obligatoires de la convention sont alors fixées par voie de règlement grand-ducal.

(3) Les conventions et les sentences arbitrales s'appliquent à l'ensemble des prestataires dans leurs relations avec les personnes couvertes par l'assurance maladie-maternité. Elles sont applicables non seulement aux prestataires exerçant pour leur propre compte, mais également aux médecins et médecins-dentistes exerçant sous tout autre régime ainsi qu'aux autres prestataires exerçant dans le secteur extrahospitalier sous le régime du contrat de travail ou d'entreprise. » »

Point 39 (ancien article 41) - Article 71 CSS

Ce point abroge les dispositions de l'article 71 qui deviennent l'alinéa 3 de l'article 70 nouveau.

Points 40 à 43 (Anciens points 42 à 45) – Articles 72, 72bis, 73 et 73bis du CSS

Compte tenu de la décision de principe prise au point 25 (article 47 CSS) au sujet de la Commission de surveillance, la commission, après avoir entendu les explications détaillées des experts gouvernementaux et aux fins de tenir compte des observations du Conseil d'Etat, décide d'amender comme suit les articles susvisés du CSS:

- L'article 72 actuel du CSS est repris afin de déterminer la composition de la Commission de surveillance. Les modifications créant le poste de vice-président et celles relatives à la mise en place d'un mécanisme de désignation des quatre délégués sur base d'une liste établie par la Caisse nationale de santé et par les prestataires respectifs, détaillées dans le projet de loi, sont insérées dans l'article 72 du CSS (amendement parlementaire 11).

- L'article 72bis du CSS est rétabli dans sa teneur actuelle afin de maintenir le champ de compétence de la voie de recours administratif interne pour les décisions individuelles, sauf à y apporter une adaptation de renvoi suite à la réforme de l'assurance accident (amendement parlementaire 12).

- Le droit d'inspection du directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale est supprimé. La disposition relative à la transaction est reformulée afin de faire clairement ressortir qu'elle peut seulement porter sur la réparation du préjudice économique. L'énumération détaillée des faits susceptibles de faire l'objet d'une instruction devant la Commission de surveillance est maintenue (article 73 CSS - amendement parlementaire 13).

- Le cumul des sanctions administratives et pénales pour les mêmes faits est supprimé. De même, la condamnation solidaire est supprimée. Les sanctions administratives sont celles du projet de loi : une amende d'ordre plus significative que celle de l'article 73 actuel, la restitution du montant fraudé à titre de réparation, la soumission limitée au tiers payant et la limitation du nombre des actes, figurant déjà actuellement à l'article 73 du CSS. Par ailleurs, conformément aux observations du Conseil d'Etat la publication du jugement du Conseil arbitral est supprimée et le terme « jugement » remplace celui de « décision » (Article 73bis CSS - amendement parlementaire 14).

Point 44 (ancien point 46) - Article 74 CSS

Ce point introduit à l'endroit de l'article 74 le principe d'une enveloppe budgétaire globale pour le secteur hospitalier et prévoit que le Gouvernement fixe dans les années paires, au 1^{er}

octobre au plus tard, une enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier pour les deux exercices à venir. La première enveloppe budgétaire globale sera donc fixée avant le 1^{er} octobre 2012 pour les exercices 2013 et 2014. En tenant compte de l'enveloppe budgétaire globale, la Caisse nationale de santé prend en charge les prestations du secteur hospitalier d'après des budgets arrêtés séparément pour chaque hôpital sur base de son activité prévisible pour deux exercices à venir.

Cette innovation fait l'objet d'observations critiques du Conseil d'Etat qui craint que la recherche d'efficacité et de synergies ne se fasse aux dépens d'innovations indispensables pour maintenir le progrès médical. En effet, il ne reconnaît dans les dispositions sous avis aucune mesure qui stimulerait le financement d'activités innovatrices ou de nouveaux traitements par un budget spécifique.

Le Conseil d'Etat critique encore le manque de stratégie encourageant par le biais d'incitants financiers la recherche d'économies dans les hôpitaux.

Pour tenir compte de ces appréhensions du Conseil d'Etat, la commission propose un amendement à la disposition transitoire figurant à l'article 6, précisant que la progression annuelle de 3% pour les budgets 2011 et 2012 de la CNS est une progression indiciaire tenant compte de l'évolution du coût de la vie.

Le Conseil d'Etat est encore d'avis qu'il y a lieu de tenir compte lors de l'établissement des enveloppes budgétaires globales et individuelles des dépenses spécifiques en rapport avec les services nationaux, les centres de compétences et les obligations en rapport avec la participation au service médical d'urgence. C'est pourquoi le libellé suivant est à donner à l'alinéa 2 de l'article 76:

« Les éléments de l'enveloppe sont établis sur base de l'évolution démographique de la population résidente, de la morbidité, des pratiques d'une médecine basée sur des preuves scientifiques et en tenant compte de la croissance économique du pays. L'enveloppe budgétaire globale et les budgets spécifiques des hôpitaux tiendront compte des dispositions du plan hospitalier, des spécificités des services spécialisés et nationaux et des centres de compétences, ainsi que des obligations découlant de la participation au service médical d'urgence. »

Un règlement grand-ducal précise les règles d'établissement de l'enveloppe budgétaire globale et des budgets spécifiques des hôpitaux, ainsi que les éléments à inclure de façon forfaitaire. »

La commission reprend ce texte.

Le Conseil d'Etat note que le projet compte sortir de l'enveloppe budgétaire d'un hôpital les actes et prestations dispensés par son laboratoire en milieu extra-hospitalier et figurant dans la nomenclature des actes et des services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique, qui seront pris en charge suivant les modalités régissant le milieu extra-hospitalier. Pour le Conseil d'Etat, il est essentiel de définir quels sont les actes et prestations qui tomberont sous cette catégorie. Ainsi, les actes et prestations liés directement à une prise en charge médicale dans l'hôpital ne sont pas à considérer comme actes extra-hospitaliers.

Le Conseil d'Etat propose donc de compléter l'alinéa 7 de l'article 74 *in fine* par la phrase suivante:

« Un acte ou une prestation sont considérés comme effectués en milieu extra-hospitalier s'ils sont dispensés au bénéfice d'un patient ambulatoire sans qu'un lien direct existe avec une

prise en charge médicale concomitante en polyclinique ou sur un plateau médico-technique de l'établissement hospitalier en question. »

La commission reprend cette proposition de texte.

Point 45 (ancien point 47) - Article 77 CSS

Ce point adapte le calendrier à respecter par l'Inspection générale de la sécurité sociale, les établissements hospitaliers et la Caisse nationale de santé en rapport avec l'établissement des budgets hospitaliers.

Point 46 (ancien point 48) - Article 78 CSS

Ce point qui différencie à l'endroit de l'article 78 les mécanismes de prise en charge des frais variables par voie directe ou par forfait ne donne pas lieu à observations particulières.

Point 47 (ancien point 49) - Article 79, alinéa 3 CSS

Cette modification de l'article 79 qui impose des limites plus strictes de clôture de décomptes trouve l'accord du Conseil d'Etat.

Point 48 (ancien point 50) - Article 84, alinéa 4 CSS

En vue d'éviter toute insécurité juridique, l'article 84 CSS est modifié afin de soumettre le remboursement des charges salariales par la mutualité des employeurs à la prescription triennale.

Points 49 à 52 (anciens points 52 à 55) - Articles 150: 172, alinéa 1, point 7; 240, alinéa 1, points 1 et 2, 249 CSS

Sans observation.

Ancien point 51 supprimé (article 146, alinéa 2 CSS)

Afin de tenir compte des observations du Conseil d'Etat quant à la Commission de surveillance, le point 51 initial est supprimé par l'amendement 15 parlementaire de sorte que l'article 146, alinéa 2 du CSS est rétabli dans sa teneur actuelle, à savoir :

« Tout litige opposant un prestataire de soins à l'Association d'assurance accident dans le cadre de la prise en charge directe prévue à l'article 98 fait l'objet d'une décision du président ou de son délégué. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par le prestataire dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par la Commission de surveillance prévue à l'article 72, ou, s'il s'agit d'un hôpital, par la Commission des budgets hospitaliers prévue à l'article 77. »

Point 53 (ancien point 56) - Article 306, paragraphe 6 CSS

Etant donné que l'indemnité de congé parental est à suspendre dans tous les cas de paiement d'une indemnité pécuniaire de maternité, l'article 306, paragraphe 6 est modifié en renvoyant à l'article 25 du Code de la sécurité sociale.

Ce point ne donne pas lieu à observations particulières.

Point 54 (ancien point 57) - Article 349, alinéa 2 CSS

Ce point procède à la correction d'une erreur matérielle et n'appelle pas d'observations particulières.

Point 55 (ancien point 58) - Article 349, alinéa 4 CSS

Sans observation.

Point 56 (ancien point 58) - Article 350, paragraphe 6 CSS

Avec cette modification de l'article 350, paragraphe 6, les bénéficiaires de soins palliatifs auront droit à toutes les prestations de l'assurance-dépendance à l'exception des prestations en espèces, dues soit au titre d'une dépendance antérieure, soit au titre du congé soins palliatifs, et des adaptations du logement. Cette disposition comble une lacune substantielle dans la prise en charge des personnes en fin de vie bénéficiant de soins palliatifs.

Le texte a fait l'objet de l'amendement gouvernemental 19.

Le Conseil d'Etat marque son accord et la commission l'adopte dans la teneur gouvernementale amendée.

Point 57 (ancien article 60) - Article 377, alinéa 1 CSS

Sans observation.

Points 58 à 60 (anciens points 61 à 63)

Ces points ont fait l'objet des amendements parlementaires 16 à 18 qui reprennent, mutatis mutandis les amendements 12 à 15 concernant la Commission de surveillance, en l'occurrence dans le domaine de l'assurance dépendance.

Point 61 (ancien point 64) - Article 418 CSS

Ce point adapte et précise à l'endroit de l'article 418 les missions et attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale afin de tenir compte des modifications de la présente réforme.

Eu égard à ses observations faites à l'endroit du point 34 et à l'amendement gouvernemental 20, le Conseil d'Etat propose de donner au point 9 la teneur suivante:

« 9) la constatation au moyen des rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes établis par la Caisse nationale de santé par voie informatique selon les modalités arrêtées en vertu de l'article 64, alinéa 2, point 6) avec la collaboration du Centre commun de la sécurité sociale, sur base de la banque de données afférente de l'Association d'assurance contre les accidents, de la Caisse nationale de santé et des caisses de maladie, de toute déviation injustifiée de l'activité professionnelle du prestataire; ».

La commission reprend cette proposition de texte.

Par ailleurs, par le biais de l'amendement parlementaire 20, le point 19 est supprimé afin de tenir compte de la réserve du Conseil d'Etat quant au pouvoir d'instruction du Contrôle médical de la sécurité sociale dans le cadre de l'instruction devant la Commission de surveillance.

Point 65 supprimé - Article 421 CSS

Par l'amendement parlementaire 20, le point 65 du projet de loi est supprimé.

Afin de tenir compte des observations du Conseil d'Etat, l'article 421 du Code de la sécurité sociale est ainsi rétabli dans sa teneur actuelle, à savoir :

« Les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale ne peuvent s'immiscer dans les rapports du malade et du médecin traitant. Ils doivent s'abstenir de formuler devant le malade un diagnostic ou une appréciation sur le traitement. »

Les médecins traitants sont tenus de fournir sous pli fermé aux médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale toutes indications concernant le diagnostic et le traitement.

Toutes les fois qu'ils le jugent utile dans l'intérêt du malade ou des missions de contrôle et de surveillance, les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale doivent entrer en rapport avec le médecin traitant, toutes les précautions étant prises pour que le secret professionnel soit respecté. Pour la fixation du degré de l'incapacité de travail, ils prennent l'avis d'hommes de l'art toutes les fois qu'ils le jugent nécessaire. »

Point 62 (ancien point 66) - Article 454 CSS

Sans observation.

Point 67 supprimé - Article 454, alinéa 4 CSS

Par l'amendement parlementaire 21, le point 67 est supprimé, ceci afin de tenir compte des observations du Conseil d'Etat relatives à la Commission de surveillance. Il y a donc lieu de revenir pour la composition du Conseil arbitral de la sécurité sociale au texte actuel de l'article 454, paragraphe 4 du Code de la sécurité sociale, à savoir :

« (4) Pour les litiges visés aux articles 72bis et 73, les deux assesseurs visés à l'alinéa 1 du paragraphe qui précède sont choisis parmi les trois assesseurs nommés pour une durée de cinq ans par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale respectivement sur base d'une liste de candidats présentée en nombre double par le ou les groupements professionnels ayant signé chacune des conventions prévues à l'article 61, alinéa 2 ainsi que sur base d'une liste de candidats à présenter en nombre double par le comité directeur de la Caisse nationale de santé. »

Point 68 supprimé - Article 454, alinéa 7 CSS

Par l'amendement parlementaire 22, l'article 1^{er}, point 68 du projet de loi est supprimé.

Afin de tenir compte des observations du Conseil d'Etat relatives à la Commission de surveillance il y a lieu de revenir pour la composition du Conseil supérieur de la sécurité sociale au texte actuel de l'article 454, paragraphe 7, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, à savoir :

« Sauf dans les cas prévus aux articles 59, 62, 70, 72bis, 73, 318, 382, 457 du présent Code et à l'article 24 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension, le Conseil supérieur de la sécurité sociale se compose en outre de deux assesseurs nommés pour une durée de cinq ans par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. Les dispositions du paragraphe 3 sont applicables. »

Article 2

L'article 2 du projet de loi regroupe les modifications apportées à la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers (loi hospitalière).

Point 1° - article 1^{er} de la loi de 1998

Le texte gouvernemental modifie l'article 1^{er} en ce sens que les foyers de réadaptation sont supprimés de la liste des établissements considérés comme établissements hospitaliers et remplacés par une nouvelle catégorie d'établissements soumis à la loi hospitalière, à savoir les établissements d'accueil pour personnes en fin de vie, répondant aux besoins spécifiques des personnes en fin de vie qui y sont accueillies, sans offrir des soins à visée curative.

En outre, tous les établissements hospitaliers seront autorisés d'office à poursuivre une mission d'enseignement et de recherche en matière de santé.

Le Conseil d'Etat se prononce pour la suppression de l'alinéa 4, étant donné que la phrase « En outre, ils peuvent accomplir une mission d'enseignement et de recherche en matière de santé », ne revêt aucune valeur normative.

Le Conseil d'Etat propose par ailleurs, de redresser une erreur matérielle sous le point c) de l'alinéa 5 et d'écrire : « c) « établissements d'accueil pour personnes en fin de vie », tout établissement qui répond principalement aux besoins des personnes en fin de vie qui y sont accueillies, à l'exclusion de soins à visée principalement curative ; ». »

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale suit le raisonnement du Conseil d'Etat en ce qui concerne l'alinéa 4, qui est à supprimer et reprend la teneur de l'alinéa 5 telle que proposée par le Conseil d'Etat.

Point 2° - article 2 de la loi de 1998

Le point 2 procède à une refonte de l'article 2 de la loi hospitalière.

Tout en soutenant une utilisation efficiente des ressources du système hospitalier, le Conseil d'Etat fait remarquer que la classification actuelle des hôpitaux aboutissant à une pyramide renversée ne souscrit pas à cet objectif. Au lieu de se contenter d'une juxtaposition de structures assimilables, il convient de mieux catégoriser les hôpitaux en fonction de la nature des tâches à accomplir, définies dans une perspective de complémentarité, tout en mettant en place des structures de gestion communes.

La Haute Corporation s'étonne que la complémentarité dans la prise en charge que les auteurs veulent promouvoir chez les médecins et les laboratoires ne se retrouve dans l'organisation du paysage hospitalier. Elle estime également que la mise en place de petits établissements spécialisés dans le secteur aigu ne répond pas à l'impératif d'une utilisation efficiente des ressources du système hospitalier et qu'il y a lieu de rattacher directement ces établissements spécialisés à de grands complexes hospitaliers dans le but d'éviter le financement de structures administratives autonomes superflues, sans pour autant toucher à leur organisation médicale. La répartition des ressources sur un territoire de la taille du Grand-Duché en fonction de régions sanitaires délibérément délimitées est également désuète. Ainsi, la dotation des moyens aux hôpitaux est à définir en fonction des tâches qui leur sont confiées au niveau national, et non par rapport à leur localisation géographique.

Le Conseil d'Etat s'oppose formellement à la disposition qui prévoit que le plan hospitalier « procède à la planification des services hospitaliers », qui ne circonscrit pas l'intervention du

pouvoir réglementaire dans la planification. Selon le Conseil d'Etat, cette disposition reste trop floue pour répondre aux exigences de l'article 32(3) de la Constitution.

Par ailleurs, selon le Conseil d'Etat l'alinéa final qui indique que « le plan hospitalier tient en outre compte des qualifications médicales et professionnelles, des équipements médico-techniques représentés ou pouvant être représentés, de l'activité médicale existante ou potentielle, des impératifs d'activité minimale, des filières de soins intégrées, ainsi que des modes de prise en charge préférentiels pour certaines maladies ou groupes de maladies », sans préciser à quelle fin il en tient compte, devra être reformulé ou supprimé.

Le Conseil d'Etat estime que les centres de compétences que le projet introduit à l'endroit de l'article 26bis devront être déterminés dans le plan hospitalier. Les modes de prise en charge préférentiels pour certaines maladies ou groupes de maladies par contre devront être considérés selon le Conseil d'Etat au niveau des nomenclatures et non dans le plan hospitalier.

Le Conseil d'Etat approuve le projet gouvernemental dans sa proposition de fixer le nombre minimal et maximal de médecins pouvant exercer au sein d'un service donné. Cette fourchette devra à la fois tenir compte de la nécessité de garantir une continuité de soins et de l'intérêt d'assurer une certaine activité médicale minimale moyenne par médecin dans le service donné, condition nécessaire pour des soins de qualité. Il appartiendra aux hôpitaux de garantir par voie contractuelle une présence effective efficace de ces médecins dans leurs services respectifs.

Une telle planification médicale hospitalière est indispensable pour garantir un service médical et hospitalier équilibré et accessible à tous, et justifie aux yeux du Conseil d'Etat une éventuelle restriction indirecte à la liberté d'établissement de médecins à qui l'accès aux structures hospitalière serait ainsi refusé. Pour que cette mesure n'aille pas au-delà de ce qui est nécessaire pour atteindre cet objectif, il y a lieu de définir les actes techniques qui doivent être effectués exclusivement en milieu hospitalier.

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale souligne que cette innovation du projet de réforme répond à un souci qu'elle a elle-même exprimé à diverses occasions au sujet de la nécessité d'un certain pilotage de l'offre hospitalière.

Compte tenu de l'ensemble de ces considérations, le Conseil d'Etat propose le libellé suivant pour les alinéas 3 et 4:

« En fonction des besoins sanitaires nationaux, le plan hospitalier:

- arrête les modalités détaillées selon lesquelles sont classés les différents établissements hospitaliers et procède au classement des établissements existants;*
- définit les différents services hospitaliers pouvant être autorisés, ainsi que pour chacun de ces services le nombre maximal autorisable au niveau national;*
- définit les différents centres de compétences pouvant être autorisés, ainsi que pour chaque centre de compétences le nombre maximal autorisable au niveau national;*
- détermine les actes techniques qui doivent être effectués exclusivement en milieu hospitalier.*

Les services à caractère unique prendront la dénomination de services nationaux. Les centres de compétences à caractère unique prendront la dénomination de centres de compétences nationaux.

Pour chaque service hospitalier, le plan hospitalier peut fixer les nombres minimal et maximal de médecins autorisés à y exercer. Ces nombres seront fixés en fonction des impératifs de continuité des soins et d'activité moyenne minimale par médecin requise. »

La Commission adopte à l'unanimité le libellé des alinéas 3 et 4 tel que proposé par le Conseil d'Etat.

Point 3° - article 3 de la loi de 1998

Le point 3° modifie l'article 3 relatif à la carte sanitaire.

Le Conseil d'Etat rappelle que la carte sanitaire doit être mise à jour annuellement et que la dernière édition remonte à 2005.

M. le Ministre souligne que la présente réforme permettra d'obtenir des données plus fiables en matière de besoins de santé et de ressources, de sorte qu'une mise à jour régulière de la carte sanitaire devrait pouvoir être réalisée dans le futur.

Points 4° et 5° - articles 4, alinéa 2 et 5, alinéa 1 de la loi de 1998

Les points 4° et 5° ont trait aux conditions particulières que le ministre peut imposer pour autoriser la mise en service, la création ou l'extension d'un établissement hospitalier ou d'un service.

Le Conseil d'Etat estime que les dispositions prévues par les points 4 et 5 n'apportent, suivant leur libellé actuel, aucune valeur normative supplémentaire et sont donc à supprimer. Si le texte gouvernemental devait toutefois être maintenu, le Conseil d'Etat exige que les points 4° et 5° soient reformulés, étant donné que le point 6° envisage la fermeture d'établissements hospitaliers ou de services sur base de ces critères et qu'un tel retrait n'est possible que si les critères de fermetures sont définis à l'avance.

La Commission entend suivre le Conseil d'Etat et supprime les points 4° et 5° par le biais des amendements parlementaires 21 et 22.

Suite à la suppression des points 4° et 5°, les points subséquents sont renumérotés.

Point 4° nouveau (ancien point 6°) - article 7, paragraphe (1) de la loi de 1998

L'actuel article 4, alinéa 2, de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers prévoit déjà que l'autorisation ministérielle de création et d'extension de tout établissement hospitalier ou d'un service d'un tel établissement *«peut être subordonnée à des conditions particulières imposées dans l'intérêt de la santé publique»*.

Le texte gouvernemental initial entendait préciser ces conditions particulières dans l'article 2 points 4 et 5 du projet de loi. Or, comme le Conseil d'Etat a estimé que cette précision n'avait aucune valeur normative supplémentaire par rapport au libellé actuel de l'article 4, alinéa 2 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers et qu'elle était dès lors superfétatoire, la Commission a décidé de supprimer ces deux points.

Il en résulte que le renvoi à l'article 5 n'est plus justifié, de sorte que la Commission propose de donner au paragraphe (1) de l'article 7, la teneur amendée suivante (amendement parlementaire 23) :

« (1) Lorsqu'il appert, au vu d'un rapport du Directeur de la Santé qu'un établissement ou service hospitalier :

- *ne répond plus aux normes établies conformément à l'article 10 de la présente loi, ou*

- ne respecte pas les conditions particulières lui imposées dans l'intérêt de la santé publique conformément aux articles 2, ~~et 4 ou 5~~ de la présente loi, ou
- contrevient de façon itérative aux dispositions de la présente loi,

le ministre ayant dans ses attributions la Santé mettra l'organisme gestionnaire de l'établissement en question en demeure de se conformer aux normes dans un délai qu'il fixera et qui ne pourra pas être inférieur à une année ni dépasser cinq ans. Passé ce délai et à défaut par l'organisme gestionnaire de s'être conformé aux prescriptions, le ministre ayant dans ses attributions la Santé peut ordonner la fermeture de l'établissement ou du service après avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier. Ces avis doivent être fournis dans le mois de leur saisine.»

Point 5° nouveau (ancien point 7°) - article 10, alinéa 2, point 2) de la loi de 1998

L'article 10 détermine les normes auxquelles doivent répondre les établissements hospitaliers et leurs services.

Le Conseil d'Etat relève que l'expression de « *personnel paramédical* » n'est plus usitée, et est à remplacer par celle de « *certaines professions de santé* ».

La Commission décide de suivre le Conseil d'Etat. Ainsi, le point 2) de l'alinéa 2 de l'article 10 prend la teneur suivante :

« 2) *l'aménagement et l'organisation de chaque type de service, notamment les conditions minima concernant les infrastructures, les équipements, le personnel tant médical que paramédical certaines professions de santé ainsi que les procédures, les activités, et les modalités de documentation de l'activité, ainsi que l'évaluation des résultats d'activités.* »

Point 6° nouveau (ancien point 8°) - article 12 de la loi de 1998

Ce point, qui reformule l'article 12 dans le but de faciliter et d'encourager le regroupement d'activités hospitalières, a fait l'objet d'un amendement gouvernemental visant à promouvoir le principe de la mise en commun d'activités hospitalières et à le dissocier de questions d'ordre juridique et organisationnel, libellé comme suit :

« Art. 12. Sur décision de leurs organismes gestionnaires respectifs, des établissements hospitaliers peuvent mettre en commun des activités et bénéficier à ce titre des aides prévues à l'article qui précède, lorsqu'ils procèdent à des investissements communs.

Ces mises en commun doivent respecter les impératifs en matière de sécurité, de continuité des soins et de qualité de la prise en charge. »

Cet amendement trouve l'accord du Conseil d'Etat.

La commission adopte à l'unanimité le texte amendé par le Gouvernement.

Point 7° nouveau (ancien point 9°) - article 13, alinéa 2 de la loi de 1998

Sans observation.

Point 8° nouveau (ancien point 10°) - article 18 de la loi de 1998

Ce point élargit les missions du commissaire de Gouvernement aux hôpitaux. Dans le souci d'enlever au texte gouvernemental initial toute possibilité d'interprétation équivoque, l'expression « fédération des activités » a été supprimée et le verbe « soutenir » a été remplacé par « faciliter » par la voie de l'amendement gouvernemental 22.

Certaines critiques ont en effet imputé au texte gouvernemental initial la volonté de conférer au Commissaire du Gouvernement des pouvoirs qui lui auraient permis de s'immiscer directement dans les structures organisationnelles des hôpitaux. L'amendement écarte toute interprétation dans ce sens.

Ce point n'appelle pas d'observation de la part du Conseil d'Etat.

La Commission adopte à l'unanimité le texte gouvernemental amendé.

Point 9° nouveau (ancien point 11°) - article 19 de la loi de 1998

Le point 9° procède à des modifications ponctuelles de l'article 19 ayant trait à la commission permanente des hôpitaux.

Le Conseil d'Etat constate que les attributions des conseils médicaux, organes représentatifs des médecins hospitaliers, gardent une dimension locale cantonnée à leurs hôpitaux respectifs et qu'ils ne sont représentés dans aucun organe consultatif contribuant à l'orientation du développement hospitalier national.

Le Conseil d'Etat propose de prévoir à l'endroit de l'article 30 portant sur les attributions des conseils médicaux la mise en place d'une structure de coordination nationale prenant la dénomination de « conférence nationale des conseils médicaux », dont les modalités d'organisation et de fonctionnement seront à déterminer par règlement grand-ducal (voir sub point 15 ci-dessous). Le Conseil d'Etat propose en outre que cette conférence nationale des conseils médicaux soit représentée au sein de la commission permanente des hôpitaux.

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale considère toutefois qu'à ce stade la création d'un organisme supplémentaire n'est pas opportune.

La commission donne à considérer que la pratique actuelle de nommer des fonctionnaires aux conseils d'administration des établissements hospitaliers peut créer des conflits d'intérêt réels, de sorte qu'il faudrait réfléchir sur une disposition visant à contrecarrer cette pratique. La commission est toutefois consciente du fait que la mise en œuvre pratique d'une solution faisable s'avère compliquée, compte tenu aussi des ressources humaines limitées, et nécessite partant du temps dépassant le cadre du présent projet.

Compte tenu de cette remarque, la Commission décide, compte tenu aussi des ressources humaines limitées, à l'unanimité de maintenir l'article 19 tel que proposé par le Gouvernement.

Luxembourg, le 6 décembre 2010

Les Secrétaires,
Martin Bisenius
Tania Braas

La Présidente,
Lydia Mutsch

09



CHAMBRE DES DÉPUTÉS

Session ordinaire 2010-2011

MB/AF

Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

Procès-verbal de la réunion du 18 novembre 2010

ORDRE DU JOUR :

1. Approbation des projets de procès-verbaux des réunions des 21, 26 et 28 octobre 2010 (8.30hrs, 10.00 hrs, 13.30 hrs) ainsi que du 11 novembre 2010
2. 6196 Projet de loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant:
 1. le Code de la Sécurité sociale;
 2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers
 - Rapportrice : Madame Lydia Mutsch
 - Présentation et examen des amendements gouvernementaux
3. 6217 Projet de loi portant ajustement des pensions et rentes accident au niveau de vie de 2009
 - Désignation d'un rapporteur

*

Présents : Mme Sylvie Andrich-Duval, M. Eugène Berger, M. Félix Braz, M. Jean Colombero, Mme Claudia Dall'Agnol, M. André Hoffmann, M. Jean Huss, M. Lucien Lux, Mme Martine Mergen, M. Paul-Henri Meyers, Mme Lydia Mutsch, M. Jean-Paul Schaaf, M. Marc Spautz, M. Carlo Wagner

M. Mars Di Bartolomeo, Ministre de la Santé, Ministre de la Sécurité sociale
M. Frank Gansen, Ministère de la Santé
M. Paul Schmit, M. Raymond Wagener et Mme Toinie Wolter, Inspection générale de la Sécurité sociale

M. Martin Bisenius et Mme Tania Braas, Administration parlementaire

*

Présidence : Mme Lydia Mutsch, Présidente de la Commission

*

1. Approbation des projets de procès-verbaux des réunions des 21, 26 et 28

octobre 2010 (8.30hrs, 10.00 hrs, 13.30 hrs) ainsi que du 11 novembre 2010

Les projets de procès-verbaux des réunions des 21, 26 et 28 octobre 2010 (8.30hrs, 10.00 hrs, 13.30 hrs) ainsi que du 11 novembre 2010 sont approuvés.

**2. 6196 Projet de loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant:
1. le Code de la Sécurité sociale;
2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers**

Suite à une intervention du représentant du groupe parlementaire déi Gréng demandant d'être informé sur l'état actuel des négociations des représentants du Gouvernement avec différents acteurs du secteur de la Santé, dont en particulier l'AMMD, M. le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale Mars di Bartolomeo précise

- que les discussions informelles avec les acteurs se poursuivent à plusieurs niveaux, les blocages antérieurs ayant pu être surmontés grâce à l'initiative des présidents des groupes politiques de la majorité ayant agi comme facilitateurs,

- qu'au-delà des amendements gouvernementaux déjà introduits, des rapprochements sur d'autres points demeurent possibles, certains rapprochements ayant d'ailleurs pu se faire par le simple fait d'écartier des malentendus et ne nécessitent donc pas d'amendements supplémentaires,

- que certains points de la réforme, en particulier les volets nomenclature et statut du médecin hospitalier, continuent de donner lieu à des divergences de vues de principe,

- qu'il n'y aura pas de deuxième série d'amendements gouvernementaux,

- que les dispositions du projet donnant encore lieu à modification, notamment à la lumière de l'avis du Conseil d'Etat et des négociations en cours, feront l'objet d'amendements parlementaires à arrêter dans le cadre de l'examen détaillé du texte et de l'avis du Conseil d'Etat.

La commission entame la présentation et l'examen des amendements gouvernementaux.

Pour l'essentiel, il est renvoyé à cet égard au document parlementaire 6196². La suite du procès-verbal se limite aux amendements ayant donné lieu à des commentaires et explications complémentaires par rapport à ceux figurant dans ce document.

Amendement 2 (Article 1^{er}, point 8 du projet de loi - article 19bis CSS)

Cet amendement a pour objet de clarifier le rôle du médecin référent, ceci en tenant compte notamment de soucis exprimés par l'organisation représentative des médecins et médecins-dentistes (AMMD). Conformément au point 4) du nouvel article 19bis, le médecin référent est donc investi de la mission de "superviser le parcours de l'assuré dans le système de soins de santé" non pas, comme prévu dans le texte gouvernemental initial "afin d'éviter des doubles emplois, la surconsommation ou les effets secondaires", mais aux fins "d'informer le patient par rapport aux risques liés aux doubles emplois..."

L'amendement a donc comme finalité d'écartier toute interprétation du texte qui imposerait au médecin référent une mission de contrôle du patient avec une obligation de résultat en ce qui concerne le comportement du patient.

En même temps, selon l'amendement 2 au point 6) du même article, la mission d'information de conseil et d'orientation du médecin référent ne se rapporte plus au "parcours de soins coordonnés du patient mais "à son parcours de soins".

Il est donc ainsi précisé qu'il s'agit bien du parcours de soins individuel du patient. Tout élément de rigidité laissant penser à un parcours de soins prédéfini a donc été éliminé du texte.

Amendement 3 (Article 1^{er}, point 8 du projet de loi - article 19bis CSS) et amendement 31 (article 15 nouveau)

L'amendement 3 proposant de remplacer la voie réglementaire pour la fixation des qualifications, des droits et des obligations du médecin référent par la voie conventionnelle (convention à conclure entre la CNS et l'AMMD) est à voir en relation avec l'amendement 31 prévoyant à l'article 15 (initialement article 13) une mise en vigueur différée du volet médecin-référent au 1^{er} janvier 2012.

Amendement 8 (article 1^{er}, point 32 - article 60quater (3) et (4) CSS)

Cet amendement tient compte des critiques et craintes exprimées par de nombreux interlocuteurs en rapport avec l'accès au dossier de soins partagé.

L'amendement limite le cercle des personnes ou organismes autorisés à accéder au dossier de soins partagé au médecin référent, au médecin traitant et aux professionnels de santé impliqués dans la prise en charge et autorisés par le patient. L'accès sur demande du Contrôle médical de la sécurité sociale et des officiers de police judiciaire de la Direction de la santé est supprimé.

Au-delà des explications figurant au commentaire de l'amendement 8, il est rappelé que le dossier de soins partagé ne sera pas opérationnel dès l'entrée en vigueur de la loi au 1^{er} janvier 2011, mais fera l'objet d'une implémentation progressive sous l'égide de l'Agence nationale des informations partagées en collaboration avec les acteurs concernés.

Ce nouvel instrument est censé fournir une plus-value à la qualité des relations entre le patient et le médecin traitant.

Compte tenu de la complexité de cette innovation, le département de la Sécurité sociale reste ouvert aux observations et suggestions qui seront formulées par le Conseil d'Etat et par la Commission nationale de la protection des données dont l'avis ne devrait pas tarder d'être publié.

La commission remarque que le texte amendé devrait consacrer d'une façon générale le droit du patient d'être informé sur toute consultation du dossier, selon des modalités à définir par voie réglementaire ou conventionnelle. La commission retient le principe d'un amendement parlementaire en ce sens, compte tenu d'observations éventuelles du Conseil d'Etat sur ce point.

La commission retient encore qu'au paragraphe (4) de l'article 60quater prévoyant que dans l'hypothèse de l'opposition du patient au partage des données le concernant, ces données "ne sont publiées", cette dernière expression est à considérer comme impropre dans ce contexte et à remplacer par "ne sont pas inscrites au dossier".

En ce qui concerne la question de l'opportunité de donner aux professionnels de santé accès au dossier de soins partagé, il est précisé que cet accès est indispensable chaque fois que le professionnel de santé est directement impliqué dans les soins à dispenser au patient.

Dans l'intérêt de la continuité des soins, il a le droit de connaître les antécédents et de compléter le dossier par les informations utiles sur ses propres actes et soins. A contrario, refuser cet accès au professionnel de santé équivaudrait à le mettre hors d'état d'assumer sa responsabilité dans le parcours de soins du patient.

Amendement 12 (Article 1^{er}, point 34 du projet de loi - article 64, alinéa 2, point 2 CSS)

L'amendement a pour objet de revenir au texte actuellement applicable du CSS. Le bout de phrase du projet gouvernemental initial suivant lequel la convention détermine les dispositions "obligeant les médecins à s'abstenir de prescrire des prestations inutilement onéreuses" est donc supprimé.

Le texte se limite donc à disposer que la convention comporte:

"2) les dispositions garantissant une médication économique compatible avec l'efficacité du traitement, conforme aux données acquises par la science et conforme à la déontologie médicale."

La formulation actuelle est donc considérée comme suffisante et il est renoncé à en renforcer le caractère contraignant à l'égard du médecin.

Amendement 16 (Article 1^{er}, point 37 - article 66 CSS)

Cet article a pour objet de renoncer à la désindexation des actes liés à la location d'appareils qui mènerait de fait à une lettre-clé à part pour ce type d'actes, ce qui aurait confronté les services de la CNS avec des difficultés disproportionnées au niveau de la transposition administrative et technique de cette différenciation.

Amendement 17 (Article 1^{er}, point 40 - article 70 CSS)

Suite à cet amendement, en cas d'échec de la médiation, la décision est désormais prise par une sentence arbitrale à prendre par le Conseil supérieur de la sécurité sociale et non plus, comme prévu au texte gouvernemental initial, par voie d'arrêté ministériel.

Cet amendement montre que le Gouvernement est disposé à répondre aux critiques reprochant au projet un début d'étatisation de la médecine ou de mise sous tutelle des professionnels de la santé. L'amendement confirme donc que le projet de loi ne poursuit nullement ce genre d'intentions.

Amendement 21 (Article 2, point 10 du projet de loi - article 18 de la loi hospitalière du 28 août 1998)

Cet article concerne les missions du Commissaire du Gouvernement aux hôpitaux qui sont adaptées par le projet de loi.

Au quatrième tiret du projet gouvernemental initial, il était prévu que le commissaire est censé "soutenir les projets d'intérêt commun et la fédération des activités des établissements hospitaliers".

L'amendement a pour objet de supprimer l'expression "fédération des activités" et de remplacer le verbe "soutenir" par "faciliter", ceci afin d'enlever au texte toute possibilité d'interprétation équivoque. Certaines critiques ont en effet imputé au texte gouvernemental initial la volonté de conférer au Commissaire du Gouvernement des pouvoirs qui lui auraient permis de s'immiscer directement dans les structures organisationnelles des hôpitaux. L'amendement écarte toute interprétation dans ce sens.

Amendement 24 (Article 3 du projet de loi)

L'article 3 prévoit désormais une reconstitution progressive de la réserve, échelonnée sur 4 années, la limite inférieure respective des exercices à venir étant fixée comme suit:

- en 2011 à 5,5%,
- en 2012 à 6,5%,
- en 2013 à 7,5%,
- en 2014 à 8,5%.

Cette façon de procéder doit permettre aux mesures structurelles de porter pleinement leur effet avant de revenir au taux minimal antérieur de 10% prévu à l'article 28 du CSS.

Les amendements 25 à 27 ont essentiellement pour objet d'adapter le texte gouvernemental initial portant sur les mesures financières aux décisions récentes prises par le comité directeur de la CNS. Pour les explications techniques y relatives, il est renvoyé aux commentaires circonstanciés accompagnant la présentation des amendements en question.

3. 6217 Projet de loi portant ajustement des pensions et rentes accident au niveau de vie de 2009

Mme Claudia Dall'Agnol est désignée comme rapportrice du projet de loi 6217.

*

Le Conseil d'Etat ayant émis dans sa séance du 16 novembre 2010 son avis sur le projet de loi 6151 (laboratoires d'analyses médicales), la commission, sur proposition de Mme la présidente Lydia Mutsch, arrête comme suit la suite de l'instruction législative de ce projet de loi:

* Réunion du jeudi, le 6 janvier 2011 à 9.00 hrs:
- Examen du projet de loi et de l'avis du Conseil d'Etat

* Réunion du jeudi, le 20 janvier 2011 à 9.00 hrs:
- Présentation et adoption d'un projet de rapport

* Discussion et vote du projet de loi dans une séance publique de la semaine du 24 janvier 2011.

Luxembourg, le 23 novembre 2010

Le Secrétaire,
Martin Bisenius

La Présidente,
Lydia Mutsch

07



CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2010-2011

MB/TB/AF

Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

Procès-verbal de la réunion du 11 novembre 2010

ORDRE DU JOUR :

- 6196 Projet de loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant:
1. le Code de la Sécurité sociale;
 2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers
 - Rapportrice : Madame Lydia Mutsch
 - Continuation de l'examen du projet de loi

*

Présents : Mme Sylvie Andrich-Duval, M. André Bauler remplaçant M. Carlo Wagner, M. Eugène Berger, M. Félix Braz, Mme Lydie Err, M. Gast Gibéryen remplaçant M. Jean Colombara, M. André Hoffmann, M. Jean Huss, M. Lucien Lux, M. Paul-Henri Meyers, Mme Lydia Mutsch, M. Jean-Paul Schaaf, M. Marc Spautz

M. Mars Di Bartolomeo, Ministre de la Santé, Ministre de la Sécurité sociale
M. Frank Gansen, Ministère de la Santé
M. Paul Schmit et M. Raymond Wagener, Inspection générale de la Sécurité sociale

M. Martin Bisenius et Mme Tania Braas, Administration parlementaire

Excusées : Mme Claudia Dall'Agnol, Mme Martine Mergen

*

Présidence : Mme Lydia Mutsch, Présidente de la Commission

*

6196 Projet de loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant:
1. le Code de la Sécurité sociale;
2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers

Suite à une intervention du représentant du groupe DP concernant la suite de l'organisation des travaux en commission, compte tenu de certaines ouvertures publiquement annoncées par le Ministre de la Santé entraînant probablement des amendements au texte gouvernement initial, Mme la présidente Lydia Mutsch annonce que la présente réunion est précisément destinée à tirer les conclusions des auditions du 28 octobre dernier, notamment aussi en vue d'éventuels amendements se dégageant de propositions ou de doléances formulées à cette occasion par les différents interlocuteurs.

A ce titre, la commission ne peut que saluer la reprise du dialogue entre le Gouvernement et l'organisation représentative des médecins et médecins-dentistes. Elle aimerait connaître les vues du Gouvernement sur la possibilité d'amendements susceptibles de rencontrer sur différents points les soucis exprimés par les représentants des organisations invitées.

Globalement, Mme la présidente considère que les différentes auditions ont donné lieu à une concertation très utile avec les principaux acteurs du secteur de la santé et se sont déroulées dans une atmosphère positive, aucun des interlocuteurs ne contestant par ailleurs le principe de la nécessité de réformes structurelles en profondeur.

En résumé succinct, on peut dire que les points suivants de la réforme ont été au centre des discussions et sont susceptibles d'être précisés:

1) L'introduction de la fonction de médecin référent

Si la proposition de valoriser le rôle du médecin généraliste est favorablement accueillie, de nombreuses interventions ont toutefois tourné autour de la crainte de voir, du moins indirectement, compromise la liberté de choix du patient. La nécessité de clarifier le texte à cet égard semble donc évident, cette clarification devant enlever du texte tout élément qui pourrait nourrir l'idée d'une restriction du choix du patient.

Par ailleurs, pour la mise au point des qualifications, des droits et obligations du médecin référent, il semble préférable de privilégier la voie conventionnelle.

2) Le dossier de soins partagé

Le principe de l'utilité de cet instrument n'est contesté par aucun interlocuteur. Les soucis exprimés par contre visent le cercle - éventuellement trop large - de personnes ou d'organismes autorisés à accéder au dossier. Des précisions semblent s'imposer à cet égard, notamment aussi en ce qui concerne le degré de l'accès - plus ou moins étendu - des différentes personnes ou organismes au dossier.

Quant aux critiques concernant la nouvelle Agence nationale des informations partagées, il semble qu'elles visent plutôt la dénomination à connotation bureaucratique de cette nouvelle structure.

3) Nomenclature

Les critiques visent la composition respectivement le fonctionnement plus ou moins autonome de la commission.

Dans ce contexte, il est d'une importance primordiale qu'il soit tenu compte des craintes exprimées par les syndicats relatives à un éventuel risque d'une interprétation trop empreinte des seuls soucis d'économicité des dispositions légales issues de la réforme.

Les textes sont donc à aménager en sorte qu'il soit assuré qu'en tout état de cause les critères médicaux l'emportent dans les différents processus décisionnels.

4) Centres de compétence - filières de soins

Ces innovations ont été fortement critiquées par l'AMMD arguant notamment que le système des filières de soins et des centres de compétence n'aurait pas fonctionné en France et y aurait entre-temps été abandonné. Toutefois, parallèlement l'INCCI a été avancé par cette même organisation comme modèle de cette structure; or le Gouvernement dans son projet de loi s'est lui-même basé précisément sur ce Centre pour illustrer le bien-fondé de cette innovation importante du projet.

A ce niveau encore, un besoin de clarification des idées et des textes semble donc évident.

*

Suite à ces remarques introductives la commission procède à un échange de vues dont il y a lieu de retenir sommairement ce qui suit:

Le représentant de la sensibilité politique ADR constate que tous les interlocuteurs ont estimé devoir réserver leur position définitive sur certains points jusqu'au moment où ils auront connaissance de la teneur des règlements grand-ducaux d'exécution. Voilà pourquoi, il propose de procéder à une nouvelle audition des organismes consultatifs en question lorsque ces textes seront disponibles. La sensibilité politique ADR pour sa part dépose séance tenante 49 amendements au projet de loi.

Le représentant du groupe DP rappelle que le principe du libre choix du patient constitue un point central de la position de son groupe qui partage dès lors grosso modo les critiques émises à ce titre au cours des auditions, lesquelles par ailleurs, pour être véritablement utiles, auraient dû avoir lieu à un stade antérieur de la procédure.

Le représentant du groupe CSV souligne à son tour l'importance pour la commission de se faire communiquer les projets de règlements grand-ducaux. Par ailleurs, il va de soi que le projet de loi devra tenir compte des décisions prises en matière financière dans la réunion de la veille du Comité-directeur de la CNS et que d'une façon générale le texte du projet de réforme devra être redressé sur plusieurs points donnant actuellement lieu à des interprétations divergentes et à des malentendus.

Le représentant du groupe Déi Gréng considère que les auditions ont révélé des divergences de vues assez profondes. Certaines critiques, voire oppositions véhémentes, prennent leur origine dans le manque de clarté des définitions de certaines notions nouvellement introduites. Parfois on semble déduire d'une terminologie analogue applicable à l'étranger, les connotations négatives y attachées. Il existe un besoin évident de clarification à cet égard.

Dans la mesure où le volet structurel du projet de réforme comporte une série d'éléments positifs auxquels le groupe "Déi Gréng" pourrait en principe adhérer, il demande de dissocier ce volet de la réforme des aspects purement budgétaires et financiers et d'éviter ainsi la précipitation inévitable qui accompagnera la suite de la procédure législative dans l'hypothèse du maintien de l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2011 de la réforme dans son

ensemble. Un délai supplémentaire de quelques mois pourrait être bénéfique et contribuer à la clarification des textes et des positions des différents acteurs.

Sauf pour le volet concernant le nécessaire équilibre budgétaire, d'ailleurs partiellement réglé par les décisions prises au Comité directeur de la CNS, l'urgence ne semble pas donnée.

Le représentant de la sensibilité politique "Déi Lénk" relève que les auditions ont fait ressortir la haute complexité du dossier. Les divergences de vues ont été apparentes et il serait illusoire de croire qu'on puisse rapidement dépasser ces clivages compte tenu des intérêts antagonistes en jeu dans le chef des différents acteurs.

Le dossier se complique encore par les interférences entre différents niveaux institutionnels (procédure législative, quadripartite, CNS) avec la possibilité de décisions pouvant poser problème au niveau de la cohérence. Aussi le système de santé luxembourgeois véhicule-t-il la particularité d'un exercice libéral de la médecine s'exprimant dans un cadre infrastructurel largement financé par des deniers publics.

Au niveau de l'équilibre financier de la CNS, le comité directeur vient de décider le relèvement de certaines participations des assurés. La suppression du plafond cotisable par contre - solution socialement la plus équitable - constituerait une mesure relevant de la compétence législative et l'intervenant demande de remettre ce point à l'ordre du jour.

D'une façon générale, il importera de préciser les textes afin d'éviter que des mesures, bien intentionnées dans le sens du relèvement de la qualité des soins médicaux, ne puissent plus être interprétées comme étant d'inspiration purement financière et donc exclusivement destinées à des fins d'économies.

*

Dans sa prise de position, M. le Ministre de la Santé Mars di Bartolomeo tient à souligner que le dépôt du projet de loi gouvernemental a été précédé d'une très large phase de concertation avec tous les acteurs concernés. Toutefois, à cette occasion il a dû constater que trop souvent les différents acteurs limitaient chacun ses propositions à des éléments ne visant que les autres acteurs, selon l'attitude bien connue "not in my backyard".

Toujours est-il qu'à présent l'initiative de la commission parlementaire de procéder à l'audition des principaux organismes concernés par la réforme a incontestablement permis de décanter certains aspects et a ainsi favorisé la reprise du dialogue.

Quant à la démarche que le département de la Santé a poursuivi ab initio dans le présent dossier, il importe de souligner que la loi de réforme est censée tracer le cadre dont la mise en œuvre détaillée restera à discuter et à négocier avec les acteurs du terrain pour être inscrite ensuite dans des conventions ou règlements grand-ducaux d'exécution. Le vote de la loi sera donc suivi d'une importante phase consacrée à l'implémentation pratique des lignes directrices tracées par la loi-cadre, ceci dans le dialogue avec les acteurs concernés en y associant la présente commission parlementaire.

Le département de la Santé se propose donc de poursuivre la démarche participative à l'égard de toutes les parties intéressées au-delà du vote de la loi, en espérant que certains acteurs ne s'excluent pas volontairement eux-mêmes de ce processus.

C'est dans cet esprit que le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale déposera à l'issue de la réunion une série de textes de règlements grand-ducaux d'exécution de la réforme, à l'état d'avant-projet n'ayant pas encore reçu l'aval du Conseil de Gouvernement. Ces textes

sont censés fournir à la commission des informations utiles sur l'orientation des mesures d'exécution de plusieurs volets importants de la loi-cadre. En tant que tels, ils restent donc sujets à discussion et à négociation et il serait donc prématuré de vouloir d'ores et déjà s'attarder sur tout détail de ces textes.

Quant au fond du dossier, M. le Ministre annonce que le Conseil de Gouvernement sera saisi dans sa réunion du lendemain d'un train d'amendements tournant essentiellement autour des points suivants:

- Médecin référent:

- maintien intégral du libre choix du patient,
- clarification des missions du médecin référent en tant que guide du patient à l'exclusion de toute fonction de contrôle,
- définition des compétences requises du médecin référent dans le cadre de négociations,
- report de la mise en vigueur de ce volet afin de permettre aux parties signataires de la convention afférente d'en pouvoir élaborer les modalités d'application,
- possibilité de projets-pilotes.

- Dossier du patient:

Les amendements tiendront compte des soucis exprimés au sujet d'un éventuel trop large accès au dossier des soins partagés en précisant la liste des personnes ou organismes autorisés à y accéder. Il est encore précisé que la Commission nationale pour la protection des données est en train de finaliser son avis.

- Enfin, les amendements tiendront également compte des décisions prises la veille au Comité directeur de la CNS.

M. le Ministre constate avec satisfaction que le comité-directeur de la CNS vient de donner une suite favorable à sa proposition de s'en remettre à une décision de la CNS pour ce qui concerne le volet des contributions à fournir par les assurés, formulée lors du Comité quadripartite du 27 octobre dernier. En effet, lors de sa réunion du 10 novembre 2010, le Comité directeur de la CNS a décidé majoritairement de relever le taux de cotisation de 5,4% à 5,6% à partir du 1^{er} janvier 2011 et il a statué sur le relèvement de certaines participations des assurés. Est en outre souligné que la contribution financière des prestataires de soins prévue par le projet de loi en constitue le corollaire, de sorte que le vote du projet de loi avant la fin de l'année 2010 s'impose, afin que la loi puisse entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2011.

L'orateur précise encore que l'excédent financier affiché pour les années 2010 et 2011 est à relativiser, étant donné qu'il est dû à l'abaissement en 2010 et au maintien en 2011, de la limite inférieure de la réserve légale minimale à 5,5%. Dans le cas d'une reconstitution complète de la réserve légale minimale, le résultat financier serait négatif.

*

Suite aux explications du Ministre, la Commission procède à un échange de vues, dont il y a lieu de retenir succinctement ce qui suit :

- la loi entrera progressivement en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2011 dans la mesure où l'entrée en vigueur de certains volets pourra être différée par la loi elle-même (médecin référent). D'autres volets nécessiteront des règlements grand-ducaux d'exécution pour

devenir opérationnels. Tel sera notamment le cas pour ce qui concerne la mise en œuvre du dossier de soins partagé;

- l'entrée en vigueur des règlements grand-ducaux indispensables dans l'immédiat à l'exécution de la présente loi est également fixée au 1^{er} janvier 2011, tandis que l'entrée en vigueur d'autres règlements grand-ducaux, donnant lieu à des concertations préalables avec les acteurs, est programmée pour des dates ultérieures;
- le relèvement du taux de cotisation de 0,2 % décidé par le Comité directeur de la CNS (0,1 % part assuré et 0,1% part employeur) équivaut à 34 millions d'euros (17 millions d'euros part assuré et 17 millions d'euros part employeur) de recettes supplémentaires;
- le projet de loi fixe les dispositions nécessaires à l'implémentation pratique du dossier de soins partagé. Son développement, ainsi que son implémentation progressive en fonction des types de données, sont assurés par l'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé, de sorte qu'il ne sera pas opérationnel à partir du 1er janvier 2011. La première étape consiste à regrouper les analyses médicales dans le dossier de soins partagé, complétées par la suite par les imageries médicales et finalement par les médicaments consommés par le patient. Il s'agit de données essentielles du patient permettant aux différents prestataires de soins de dispenser un traitement rapide et adapté, évitant ainsi des actes inutiles ou redondants.
- il convient de noter qu'une transparence sur les accès aux données contenues dans le dossier de soins partagé, ainsi que sur leur utilisation est garantie. Le patient sera donc à même de retracer les consultations successives de son dossier par des prestataires de soins. En principe, l'accès au dossier de soins partagé nécessite le consentement du patient (communication de son identifiant au prestataire de soins), cependant l'accès peut se faire sans le consentement du patient en cas d'urgence. Ce dossier est censé fournir une plus-value à l'assuré dans ses relations avec son médecin traitant.

Suite à cet échange de vues, le directeur de l'IGSS procède à la présentation du volet financier de l'assurance maladie-maternité, notamment du budget de l'assurance maladie-maternité pour l'exercice 2011, tel qu'adopté lors de la réunion du Comité directeur de la CNS du 10 novembre 2011, sur base de deux documents distribués aux membres de la Commission¹. (voir annexes 1 et 2)

L'orateur explique que l'avant-projet de loi s'est basé sur des estimations établies pendant l'été 2010, période pendant laquelle une amélioration de la situation n'était pas encore en vue. Les premières indications d'une amélioration de la situation financière sont apparues au mois de septembre et la situation s'est encore améliorée au moment des projections établies au mois d'octobre du budget de la CNS.

L'évolution positive de la situation financière de l'assurance maladie-maternité s'explique par une évolution positive de l'emploi, ayant engendré à la CNS des recettes de cotisations supérieures à celles estimées il y a un an. Le directeur de l'IGSS met pourtant en garde contre une approche consistant à dédramatiser la situation financière de la CNS et tient à souligner qu'il s'agit d'un équilibre financier fragile, étant donné que la croissance de l'emploi est due d'une part, au secteur de l'intérim et d'autre part, au secteur soins et santé, lequel est en grande partie un secteur paraétatique et enfin à la reprise de certaines activités industrielles, telle que l'industrie automobile. Or, le secteur financier affiche toujours une légère décroissance, de sorte que le Luxembourg n'a pas encore surmonté complètement la crise économique.

¹ Document intitulé « Finances de l'assurance maladie-maternité, Explications des scénarios 2011) » et le communiqué de presse de la CNS du 10.11.2010

Il est précisé que le niveau de la réserve légale minimale est maintenu à 5,5% pour l'exercice 2011. Elle sera reconstituée progressivement à partir de l'année 2012 pour atteindre en 2014 de nouveau le taux de 10% prévu par le Code de la sécurité sociale.

Il est renvoyé au document « Finances de l'assurance maladie-maternité, Explications des scénarios 2011 », pour le résumé des écarts entre les estimations faites par la CNS et l'IGSS à législation constante et avec les mesures du projet de loi pour l'exercice 2011, de même que pour les explications relatives au budget de l'assurance maladie-maternité pour l'exercice 2011. En ce qui concerne les mesures statutaires décidées par le Comité directeur de la CNS, il est renvoyé au communiqué de presse de la CNS du 10 novembre 2010.

M. le directeur de l'IGSS précise encore que pour l'exercice 2011, les recettes de l'assurance maladie-maternité sont estimées à 2,133 millions d'euros et les dépenses à 2,117 millions d'euros. Le solde des opérations courantes présente ainsi un excédent estimé à 16 millions d'euros engendrant une augmentation de la réserve globale (solde global cumulé) s'élevant à 189 millions d'euros. L'équilibre financier de l'assurance maladie-maternité est donc assuré pour l'année 2011. Cependant, la programmation pluriannuelle laisse apparaître une diminution du solde global cumulé, ainsi qu'un solde négatif des opérations courantes, de sorte que les mesures financières prévues par le projet de loi sont insuffisantes, et des mesures structurelles permettant d'agir sur l'efficience, l'inutile et le double-emploi, s'imposent.

Suite à cette présentation, la Commission procède à un échange de vues, duquel il y a lieu de retenir succinctement les éléments suivants :

- les programmes de mesures préventives actuels ont été financés pour la plupart par le budget de l'Etat, notamment tout ce qui à trait aux enfants, ce qui explique également que ces programmes ne se retrouvent ni dans les statistiques, ni dans le budget de la CNS. Le projet de loi innove en ce qu'il prévoit la possibilité pour la CNS de soutenir des programmes ou des mesures de médecine préventive par le biais de négociations avec les différents acteurs concernés, et le coût y afférent sera inscrit dans les budgets respectifs de la CNS;
- il est évident qu'en cas de révision des différentes nomenclatures, la nomenclature des médecins-dentistes devra également être revue. Cela est d'autant plus vrai, suite à l'ouverture légale opérée par le projet de loi visant à étendre le remboursement actuellement insuffisant, en matière d'implants dentaires;
- les projections financières à long terme en la matière s'avèrent difficiles, étant donné les changements démographiques, l'allongement des durées de vie et le développement des maladies chroniques, de sorte qu'elles s'étendent tout au plus sur une période de 5 ans.

*

En ce qui concerne le calendrier des réunions, les membres de la Commission conviennent :

- de consacrer la réunion du jeudi, 18 novembre 2010, à l'analyse des amendements gouvernementaux au projet de loi 6196 et à la présentation et à l'examen du projet de loi 6217 (ajustement pension et rentes accident);
- de consacrer les réunions du jeudi, 25 novembre 2010, de 9.00 hrs à 12.00 hrs et de 14.00 hrs à 16.30 heures, à l'examen du projet de loi 6196 et de l'avis du Conseil d'Etat sur base d'un document de travail synoptique ;

- de consacrer éventuellement, en cas de besoin, une réunion supplémentaire vendredi, le 26 novembre 2010, de 14.30 hrs à 17.00 hrs, à la continuation de l'examen du projet de loi 6196 et de l'avis du Conseil d'Etat ;
- de fixer une réunion au jeudi, 2 décembre 2010 ;
- de consacrer la réunion du jeudi, 9 décembre 2010, à la présentation et à l'adoption des projets de rapports de la Commission relatifs aux projets de loi 6196, 6217 et 6177 ;
- de fixer provisoirement une réunion au vendredi, 10 décembre 2010, consacrée en cas de besoin, à la continuation de l'examen et de l'adoption des projets de rapports relatifs aux projets de loi 6196, 6217 et 6177.

Luxembourg, le 17 novembre 2010

Les Secrétaires,
Martin Bisenius
Tania Braas

La Présidente,
Lydia Mutsch

Annexes: 2

- ANNEXE A -



Finances de l'assurance
maladie-maternité
Explications des scénarios 2011

3 novembre 2010



A. LEGISLATION CONSTANTE

B. PROJET DE LOI

C. RESUME DES ECARTS A + B

D. PROJET DE BUDGET DE LA CNS

2

A. LEGISLATION CONSTANTE

- 1. Estimation IGSS (document projet de loi, sept 2010)**
- 2. Estimation CNS (fin septembre 2010)**
- 3. Estimation CNS (fin octobre 2010)**

3

1. IGSS: à législation constante **Début septembre 2010 pour 2011**

✓Hypothèses

- Réserve minimale légale de 10% pour 2011 à 2014
- Maternité à charge du budget de l'Etat
- Taux de cotisation 5,40%
- Économies prestataires: 0 ET Économies participations: 0
- Ancienne estimation des cotisations pour 2011
- Estimation des cotisations à partir de 2012: pacte de stabilité
- Ancien indice moyen 719,84 (pas de tranche indic. en 11)
- Maternité à charge du budget de l'Etat
- Participation de l'Etat sur Cotisations: 37% (PN) et 29,5% (PE)

Document « Projet de loi »

4

1. IGSS: à législation constante Début septembre 2010 pour 2011

Ann. situation financière globale: estimation de l'exécution financière 2010-2014

Événement	2008	2010 (1)	2011 (1)	2012 (1)	2013 (1)	2014 (1)
Recettes, dont:						
cotisations	1940	2012	2089	2193	2294	2379
maternité	1720	1818	1879	1942	2028	2128
	158	187	170	181	202	216
Dépenses, dont prestations nettes:						
soins de santé	1061	2048	2167	2298	2436	2585
PII maladie	-1635	770	1806	1975	2029	2151
maternité (PN+PE)	69	87	82	88	103	110
	157	152	174	189	197	210
Solde des op. courantes:	-20	-53	-78	-124	-172	-206
Solde global cumulé (réserves totales):	139	98	68	-68	-218	-424
Fonction de règlement intergénérationnel (réserves: réserves)	198	113	217	230	244	259
Dotations / prélèvement fonds de roulement	2	-84	104	13	14	15
Solde de l'exercice après dot. réserves	22	60	-122	-167	-189	-221
Solde cumulé après dot. réserves	2	53	-129	-270	-462	-682
Dépenses: taux de croissance		4,5%	6,9%	6,1%	6,0%	6,1%
soins de santé		4,0%	5,7%	6,0%	6,0%	6,0%
PII maladie		-6,0%	6,0%	6,0%	6,0%	6,4%
Maternité (PN+PE)		7,1%	7,2%	6,0%	6,0%	6,0%
Participation de l'Etat, dont:						
Cotisations	780	832	865	893	948	988
maternité	642	868	935	712	743	760
maternité	158	967	179	191	203	215
maternité			0	0	0	0
Paramètres financiers ou autres:						
PII (2)	-4,1%	3,0%	3,0%	2,7%	2,9%	3,1%
Emploi (3)	1,2%	1,8%	1,8%	1,7%	2,2%	2,1%
n.l. coût de la vie (4) (indice annuel)	692,44	711,07	719,84	728,89	738,98	748,02

(1) Estimation IGSS

(2) Source: Ministère des Finances 2010-2011 - publications belgiques; 2012- basés sur l'application de croissance passé de 2008-09

(3) Source: Institut National de Recherche Economique et Sociale, emploi, croissance, croissance 2007

(4) Définition: ICI

(5) Source: ICI-2008, ICI-2010-2014 - publications belgiques ICI

5

2. CNS: à législation constante Fin Septembre 2010 pour 2011

✓Hypothèses

- Maternité à charge du budget de l'Etat
- Réserve min. légale de 10% en 2011, 10% en 2012 et 10% en 2013
- Taux de cotisation: 5,40%
- Économies prestataires: 0 ET Économies participations: 0
- Contribution Etat: 37% (PN) et 29,5% (PE)
- **Nouvelle estimation des cotisations pour 2011 (croiss. du nbre d'assurés 1,8% et croissance du revenu moyen cotisable i100 0,5%)**
- Estimation des cotisations à partir de 2012: pacte de stabilité
- Indice moyen 719,84 (pas de tranche indic. en 11)
- **Nouvelle estimation relative aux frais administratifs (FA): finalisation du budget FA**

6

2. CNS: à législation constante Fin Septembre 2010 pour 2011



<u>719,84</u>	2011	2012	2013
FDR (%)	10%	10%	10%
Soc	-54	-68	-88
Sgc	113	45	-43
FDR	216	227	241
Rés. cumulé	-103	-182	-284

7

3. CNS: à législation constante Fin octobre 2010 pour 2011 (en moment de l'établissement du budget global)



✓Hypothèses

- Maternité à charge de l'Etat
- Réserve min. légale de 10% en 2011, 10% en 2012 et 10% en 2013
- Taux de cotisation: 5,40%
- Économies prestataires:0 ET Économies participations: 0
- Contribution Etat: 37% (PN) et 29,5% (PE)
- Nouvelle estimation des cotisations pour 2011 (croiss. du nbre d'assurés 1,8% et croissance du revenu moyen cotisable i100 0,5%)
- Estimation des cotisations à partir de 2012: pacte de stabilité
- Indice moyen 719,84
- Nouvel indice moyen
- Nouvelle estimation relative aux FA: finalisation du budget FA
- Actualisation des estimations de certains postes de soins de santé (frais pharmaceutiques)

8

3. CNS: à législation constante



Fin octobre 2010 pour 2011 (au moment de l'établissement du budget global)

	2011	2012	2013
FDR (%)	10%	10%	10%
Soc	-35	-59	-77
Sgc	137	78	2
FDR	216	227	240
Rés. exercice	-139	-70	-90
Rés. cumulé	-79	-149	-239

9



B. PROJET DE LOI

1. Estimation IGSS (document projet de loi, sept 2010)
2. Estimation CNS (fin septembre 2010)
3. Estimation CNS (fin octobre 2010)

1. IGSS: avec mesures du projet de loi

Début septembre 2010 pour 2011



✓Hypothèses

- Maternité à charge du budget de la CNS
- Réserve min. légale de 7,5% en 2011, 9% en 2012 et 10% en 2013
- Taux de cotisation: 5,80%
- Économies prestataires: 25 ET Économies participations: 25
- Contribution Etat: 40%
- Ancienne estimation des cotisations pour 2011
- Estimation des cotisations à partir de 2012: pacte de stabilité
- Hyp. indice moyen 719,84 ne prévo. pas de tranche indic. en 11
- Ancienne estimation relative aux frais administratifs (FA): avant finalisation du budget FA

Document « Projet de loi »

11

1. IGSS: avec mesures du projet de loi

Début septembre 2010 pour 2011



AN situation financière prévision estimative de l'exécution financière 2010-2014

Éléments	2009	2010 (1)	2011 (1)	2012 (1)	2013 (1)	2014 (1)
Réactifs, dont:						
cotisations	1940	2012	2104	2226	2325	2439
maternité	1762	1819	2124	2193	2262	2409
	178	193	0	0	0	0
Dépenses, dont prestations nettes:						
autres de santé	1351	2048	2139	2236	2304	2426
PE maladie	625	1709	1705	1620	1597	1572
maternité (PN+PE)	727	339	434	616	707	854
Solde des ep. courantes:	-20	-35	65	15	20	13
Solde global comptes (réserves totales):	139	139	104	221	342	475
Fonds de solidarité mutualisés (anciennes réserves):	139	139	139	139	139	141
Dotations / prélèvement fonds de roulement:	0	-84	48	40	32	10
Solde de l'exercice après dot. réserve:	22	60	-5	-22	-11	13
Solde comptes après dot. réserve:	0	60	99	99	11	14
Dépenses hors de coexistence:						
autres de santé			4,3%	3,8%	4,3%	4,2%
PE maladie			4,0%	2,7%	4,0%	4,0%
maternité (PN+PE)			-3,6%	6,5%	5,6%	6,0%
			7,7%	7,7%	6,9%	6,2%
Participation de l'Etat, dont:						
cotisations	106	632	630	658	637	662
maternité	642	605	650	678	617	662
autres de santé	106	187	0	0	0	0
maternité			20	20	20	20
Prévisions financières en autres:						
PES (2)	-4,1%	3,0%	3,0%	2,7%	2,9%	3,1%
Emploi (3)	1,2%	1,8%	1,8%	1,7%	2,2%	2,1%
(N.L. C22 de la 199.4) (montants arrondis)	699,44	711,07	739,84	728,59	740,98	768,02

1 Situation IGSS

2 Base: Montant des cotisations 2010-2011 prévision budgétaire (2010) sans les hypothèses de cotisations pacte de stabilité

3 Base: 2010-2014

4 Base: 2010-2014, 2010-2014 cotisations budgétaires

12

2. CNS: Estimation avec mesures du projet de loi Fin septembre 2010 pour 2011



✓ Hypothèses

- Maternité à charge du budget de la CNS
- Dotation maternité 20 millions d'euros
- Réserve min. légale de 7,5% en 2011, 9% en 2012 et 10% en 2013
- Taux de cotisation: 5,80%
- Économies prestataires: 25 ET Économies participations: 25
- Contribution Etat: 40%
- Nouvelle estimation des cotisations pour 2011 (croiss. du nbre d'assurés 1.8% et croissance du revenu moyen cotisable à 100 0.5%)
- Estimation des cotisations à partir de 2012: pacte de stabilité
- Hyp. indice moyen 719,84 ne prévoy. pas de tranche indiciaire en 11
- Nouvelle estimation relative aux frais administratifs (FA): finalisation du budget FA et nouvelle estimation du montant prévisible 2010

2. CNS: Estimation avec mesures du projet de loi Fin septembre 2010 pour 2011



<u>719.84</u>	2011	2012	2013
FDR (%)	7,5%	9%	10%
Soc	78	74	57
Sgc	246	320	377
FDR	158	200	235
Rés. exercice	32	32	22
Rés. cumulé	87	120	142

3. CNS: Estimation avec mesures du projet de loi Fin octobre 2010 pour 2011 (au moment de l'établissement du budget global)



✓Hypothèses:

- Maternité à charge du budget de la CNS
- Dotation spéciale maternité: 20 millions d'euros
- Réserve minimale légale de 7,5% en 2011, 9% en 2012 et 10% en 2013
- Taux de cotisation: 5,80%
- Économies prestataires: 25 ET Économies participations: 25
- Contribution Etat sur cotisations: 40%
- Nouvelle estimation des cotisations pour 2011 (croiss. du nbre d'assurés 1,8% et croissance du revenu moyen cotisable 100 0,5%)
- Estimation des cotisations à partir de 2012: pacte de stabilité
- Nouvel indice moyen
- Nouvelle estimation relative aux frais administratifs (FA): finalisation du budget FA et nouvelle estimation du montant prévisible 2010
- Actualisation des estimations de certains postes de soins de santé pour 2010 et 2011 (frais pharmaceutiques)

15

3. CNS: Estimation avec mesures du projet de loi Fin octobre 2010 pour 2011 (au moment de l'établissement du budget global)



	2011	2012	2013
FDR (%)	7,5%	9%	10%
Soc	98	82	69
Sgc	270	352	421
FDR	158	199	234
Rés. exercice	52	41	33
Rés. cumulé	112	153	187

16

C. RESUME DES ECARTS A + B

Explication des écarts entre les estimations à législation constante pour 2011

2011	Début septembre Estimation IGSS	Fin septembre Estimation CNS	Fin octobre Estimation CNS
Législation constante	-129	-103	-79
	Nouvelle estimation cotisations 2011 Nouvelle estimation FA 2011 (finalisation budget FA) Meilleur résultat 2010 (car nouvelle estim. FA 2010)		
		Nouvel indice Nouvelle estim. pr certains postes soins de santé 11 Meilleur résultat 2010 (nv.estim FN 10)	
Avec les mesures du projet de loi	+45	+87	+112
	Dotation maternité Nouvelle estimation cotisations 2011 Nouvelle estimation FA 2011 (finalisation budget FA) Meilleur résultat 2010 (nv.estim. FA 2010)		
		Nouvel indice Nouvelle estimation pr certains postes soins de santé 11 Meilleur résultat 2010 (nv.estim FN 10)	

D. Projet de budget de la CNS

Projet de budget de la CNS

✓Hypothèses

- Maternité à charge du budget de la CNS
- Dotation spéciale maternité: 20 millions d'euros
- Réserve minimale légale de 5,5% en 2011, 6,5% en 2012 et 7,5% en 2013
- *Taux de cotisation: 5,60%*
- *Éca. prestataires: 20 ET Économies participations: 20*
- Contribution Etat sur cotisations: 40%
- Nouvelle estimation des cotisations pour 2011 (croissance du nombre d'assurés 1,8% et croissance du revenu moyen cotisable 1100 0,5%)
- Estimation des cotisations à partir de 2012: pacte de stabilité
- Nouvel indice moyen
- Nouv. estimation relative aux frais administratifs (FA): finalisation du budget FA et nouvelle estimation du montant prévisible 2010
- Actualisation des estimations de certains postes de soins de santé (frais pharmaceutiques)
- Date de l'estimation de cette proposition: fin octobre

Projet de budget de la CNS



	2011	2012	2013
FDR (%)	5,5%	6,5%	7,5%
Soc	16	-3	-21
Sgc	189	186	165
FDR	116	145	177
Rés. exercice	12	-31	-53
Rés. cumulé	73	42	-12

21



INFORMATION A LA PRESSE
10.11.2010

Le Comité directeur de la Caisse nationale de santé s'est réuni le 10 novembre 2010 pour délibérer sur le budget annuel de l'assurance maladie-maternité 2011 présenté par l'administration, ainsi que sur divers amendements proposés par les partenaires sociaux et le Président de la CNS. Le budget doit être adopté chaque année par le Comité directeur avant le 15 novembre.

Sur base d'un fonds de roulement de 5,5%, l'excédent cumulé est estimé à 60,9 millions d'euros en 2010.

A législation constante, l'estimation du déficit cumulé serait égal à -79 millions d'euros en 2011.

Afin d'atteindre l'équilibre budgétaire, des **propositions** ont été émises pour le budget 2011:

- Une adaptation des participations statutaires à charge des assurés;
- Un relèvement du taux de cotisation de 0,2% à charge partagée entre les assurés, les employeurs et l'Etat.

Aussi, le budget a été inscrit dans le cadre et l'esprit du projet de loi sur la réforme de l'assurance maladie, tendant à rétablir l'équilibre financier menacé de rupture suite à la crise économique connue depuis 2009.

Les hypothèses incluses dans le projet de loi prévoient une répartition des moyens financiers sur trois piliers:

- 1) Les participations statutaires sont augmentées à hauteur de 20 millions d'euros ;
- 2) L'adaptation du taux de cotisation à supporter par l'Etat, les assurés et les employeurs, engendre des recettes de l'ordre de 67 millions d'euros ;
- 3) Une réduction des dépenses à hauteur de 20 millions d'euros est envisagée par des mesures diverses comme la réduction de certains tarifs appliqués par les prestataires ou la progression freinée de certains paramètres de croissance, notamment dans le secteur hospitalier.

Ces trois mesures contribuent à rétablir un équilibre financier fragile mais réaliste, qui se situerait fin 2011 à hauteur d'un excédent cumulé de 73 millions d'euros. Le taux actuel du fonds de roulement de 5,5% du montant des dépenses globales de l'assurance santé sera maintenu.

Des propositions d'amendement par rapport aux propositions initiales de l'administration de la CNS ont été présentées:

Les propositions des **représentants des assurés** tendaient à écarter une augmentation des participations statutaires ;

Les **représentants des employeurs** présentaient des propositions tendant à porter les participations statutaires à hauteur d'un montant de 50 millions d'euros et de maintenir en revanche, le taux de cotisation au niveau actuel, à savoir 5,4% ;

Enfin, le **représentant du Gouvernement** proposait d'écarter les propositions initiales prévoyant dans le cadre des mesures statutaires, une limitation du nombre de cures à 3 par assuré et limitant la hausse des participations aux frais de cure à 20% au lieu de 40%.

Après les votes successifs intervenus dans la procédure prescrite, le résultat obtenu est le suivant:

- Les propositions des représentants des employeurs, tendant à porter les participations statutaires à 50 millions d'euros ont été écartées ;
- La proposition d'amendement du représentant du Gouvernement tendant à atténuer les propositions initiales en matière de restrictions à la prise en charge des cures a été acceptée à l'unanimité des voix ;
- Les propositions initiales augmentant les participations statutaires à un montant approximatif de 20 millions d'euros ont été adoptées avec les voix des délégués employeurs et du représentant du Gouvernement.

Concernant la **refixation du taux de cotisation** pour les prestations en nature, le résultat obtenu est le suivant:

- Les propositions des représentants des employeurs pour maintenir le taux de cotisation au niveau actuel de 5,4 % ont été rejetées avec les voix des délégués des assurés et celles du représentant du Gouvernement ;
- Les propositions initiales pour relever le **taux de cotisation de 5,4% à 5,6%** ont été votées **majoritairement** avec les voix des assurés et celles du représentant du Gouvernement.

Concernant le **vote final du budget global**, celui-ci a été adopté avec les voix majoritaires du représentant du Gouvernement et de celles d'un délégué des employeurs, la majorité des employeurs ayant refusé d'accorder leur voix pour cette proposition et les salariés s'étant abstenus du vote.

Au niveau des participations statutaires, il y a lieu de retenir les mesures suivantes :

Soins médicaux

Pour les actes et services, il est prévu de porter la participation généralement à 12%. Pour les visites, la participation reste à 20% sur le tarif de la visite V1.

Soins médico-dentaires

Au-delà d'un montant annuel de 60 € intégralement à charge de l'assurance maladie, les actes et services autres que prothèses sont pris en charge à raison de 88% des tarifs conventionnels.

Soins de kinésithérapie

Pour les actes inscrits au chapitre 1, 2, 4, 7 et 9 (sauf milieu stationnaire), la participation est portée à 30%.

Soins infirmiers:

La participation est portée à 12%, sauf pour les personnes dépendantes ou assimilées.

Soins d'orthophonie

La participation est portée à 12%, sauf pour les actes avec une participation à 20%.

Soins de psychomotricité

La participation est portée à 12%, sauf pour les actes avec une participation à 20%.

Soins hospitaliers

La participation à l'entretien en milieu hospitalier stationnaire est portée à 2,70 € (n.i. 100) (19,44 €). La participation à l'entretien en milieu semi stationnaire est portée à 1,35 € (n.i. 100) (9,72€).

Soins hospitaliers

Une participation forfaitaire de 2,50 € est prévue en cas de passage en policlinique, sauf en cas de traitement stationnaire ou semi-stationnaire.

Cures thermales

La participation sur les actes et services prestés au Centre thermal à Mondorf-les-Bains est portée à 20 %.

Fournitures orthopédiques

Une participation de 40% sur les positions P 5010130 à P 5010133 est prévue (Bas de contention).

Aides visuelles

Les montures sont prises en charge jusqu'à un montant de trente euros (30,00 €).

Indemnité funéraire

L'indemnité funéraire est portée à 130 € au nombre indice 100 (935,80€).

Il est important de noter que pour les **personnes à faible revenu**, (dont les dépenses de santé dépassent 2,5 % de leur revenu cotisable), les possibilités pour obtenir un paiement complémentaire ont été améliorées du fait de l'augmentation des éléments pris en considération pour ce paiement complémentaire prévu à l'article 154 bis des statuts.

Il est estimé que les mesures de réduction de la prise en charge des prestations précédemment énoncées, combinées avec l'effet compensatoire de l'article 154bis (paiement complémentaire) conduisent en 2011 à une réduction des dépenses d'approximativement 20 millions d'euros.

Au niveau de la fixation des cotisations, la décision a été prise de porter le taux de cotisation pour les prestations en nature de 5,4% à 5,6 %, ce à partir du premier janvier 2011.

Pour tout autre renseignement concernant la Caisse nationale de santé, le site www.cns.lu peut être consulté.

(Source : Département Communication, CNS)

Luxembourg, le 10 novembre 2010

06



CHAMBRE DES DÉPUTÉS

Session ordinaire 2010-2011

MB/TB/AF

Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

Procès-verbal de la réunion du 28 octobre 2010 à 13.30 heures

ORDRE DU JOUR :

- 6196 Projet de loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant:
1. le Code de la Sécurité sociale;
2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers
- Rapporteur : Madame Lydia Mutsch

Entrevue avec une délégation de l'Entente des Hôpitaux luxembourgeois
Entrevue avec une délégation de l'Union des Entreprises luxembourgeoises
Entrevue avec les délégations des syndicats OGB-L, LCGB et CGFP

*

Présents : Mme Sylvie Andrich-Duval, M. Félix Braz, M. Jean Colombero, Mme Claudia Dall'Agnol, Mme Lydie Err, M. André Hoffmann, M. Jean Huss, M. Lucien Lux, Mme Martine Mergen, M. Paul-Henri Meyers, Mme Lydia Mutsch, M. Jean-Paul Schaaf, M. Marc Spautz, M. Carlo Wagner

M. Frank Gansen et M. Mike Schwebag, Ministère de la Santé
M. Paul Schmit, Inspection générale de la Sécurité sociale

MM. Marc Hastert, Paul Junck, André Kerschen, Michel Nathan, Christian Oberlé, Hans-Joachim Schubert, Entente des Hôpitaux

MM. Pierre Bley, Jean-Christophe Burkell, François Engels, Yves Gordet, Tom Hermes, Mme Fabienne Lang, MM. Jean-Jacques Rodenbourg, Jean-Jacques Rommes, Jean J. Schintgen, Romain Schmit, Christophe Zeeb, Union des Entreprises luxembourgeoises

MM. Carlos Pereira, René Piffaferri, Pierre Schreiner, Mme Lynn Settinger, OGB-L

MM. Alain Rassel, Joé Spier, LCGB

MM. Claude Geimer, Emile Haag, Romain Wolff, CGFP

M. Martin Bisenius et Mme Tania Braas, Administration parlementaire

*

Présidence : Mme Lydia Mutsch, Présidente de la Commission

*

6196 Projet de loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant:
1. le Code de la Sécurité sociale;
2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers

1) Audition d'une délégation de l'Entente des Hôpitaux
Luxembourgeois (EHL)

L'EHL a communiqué à la Chambre une prise de position circonstanciée, transmise aux membres de la commission. Un résumé de cette prise de position et une énumération des principales exigences de l'EHL figurent en annexe. (annexes 1a et 1b)

L'EHL exprime son point de vue quant aux points suivants du projet de loi :

- la médecine hospitalière ;
- le budget hospitalier ;
- la documentation ;
- l'association d'établissements hospitaliers et les mutualisations

i. La médecine hospitalière

Dans un souci de garantir un bon fonctionnement du service hospitalier, l'EHL plaide pour la mise en place d'un cadre légal clarifiant les relations entre les hôpitaux et les médecins et définissant les responsabilités, les droits et les devoirs des différents acteurs hospitaliers dans la prise en charge des patients et dans la gestion de l'hôpital. Aux yeux de l'EHL, la réglementation de la médecine hospitalière devra:

- préciser le statut du médecin hospitalier, notamment en ce qui concerne son indépendance en matière médicale, mais également le respect de certaines règles internes régissant le fonctionnement des hôpitaux ;
- introduire la fonction de médecin coordinateur, qui devra assumer le rôle d'interlocuteur de la direction médicale, ainsi que des autres acteurs hospitaliers et assurer le développement et la coordination de l'activité médicale de son service. Il ne devra cependant pas devenir un contre-pouvoir en ce sens qu'il pourrait intervenir directement dans le traitement d'un patient déterminé ;
- assurer une réelle mise en pratique du contrat d'agrément entre le médecin hospitalier et l'hôpital, ainsi qu'une application de manière comparable dans les hôpitaux.

L'EHL salue donc la mise en place par le projet de loi d'un cadre minimum définissant le statut du médecin hospitalier, mais tient toutefois à souligner que dans un contexte de pression budgétaire croissante, des précisions devront encore être apportées aux responsabilités individuelles des différents acteurs hospitaliers dans leur domaine d'action.

Suite à cette présentation, la Commission procède à échange de vues, duquel il y lieu de retenir succinctement les points suivants :

- l'EHL souligne que les hôpitaux n'ont pas d'emprise sur le type de prothèse prescrit par les médecins et qu'il existe à l'heure actuelle, de fortes divergences concernant

les types de prothèses mises en place par les médecins (certains mettent en place une prothèse à 900 euros tandis que d'autres mettent en place une prothèse à 2900 euros). Afin que la centrale d'achat puisse négocier des prix raisonnables et qu'une comparaison du rapport qualité/prix puisse être réalisée, l'EHL plaide pour une uniformisation au niveau national du type de prothèse de haute qualité à utiliser par les médecins;

- l'exigence d'une concertation entre médecins vise à optimiser le fonctionnement des hôpitaux et concerne donc le volet organisationnel et non pas le volet traitement du patient, de sorte que la liberté thérapeutique individuelle sera toujours garantie;
- l'EHL ne s'opposerait pas à la mise en place d'un seul statut du médecin hospitalier.

ii. Le budget hospitalier

L'EHL rappelle qu'à l'heure actuelle, les différents hôpitaux disposent d'un budget individuel qui est négocié annuellement avec la CNS.

Le projet de loi en question prévoit un changement fondamental en ce qu'il établit une enveloppe budgétaire globale et prévoit que les budgets des établissements hospitaliers seront établis sur deux ans. Ces mesures devront, d'une part, éviter les doubles emplois et la concurrence et, d'autre part, promouvoir la collaboration et la recherche de synergies entre les différents hôpitaux.

Bien que le projet de loi prévoie que la CNS mette à la disposition des établissements hospitaliers un relevé des actes prestés aux patients par les médecins agréés, que l'entrée en vigueur de la débudgétisation des laboratoires hospitaliers pour l'activité extrahospitalière soit prévue pour le 1^{er} janvier 2012 et que l'obligation de saisir le Comité de quadripartite en cas de dépassement budgétaire de 1% soit supprimé, l'EHL déplore le plafonnement de l'enveloppe budgétaire globale et l'absence d'un système de financement basé sur une logique d'incitants.

En effet, l'EHL, tout en pouvant accepter sous certaines conditions, la mise en place d'un budget prévisionnel sur deux ans, plaide toutefois pour le maintien du système de budget individuel par hôpital, étant donné que les hôpitaux sont des entités juridiques indépendantes ayant leurs spécificités infrastructurelles et organisationnelles nécessitant souvent des dotations budgétaires adaptées.

En outre, l'EHL donne à considérer que la progression forfaitaire de 3% de l'enveloppe budgétaire globale pour les années 2011-2012 devra constituer une progression réelle et demande à ce que le projet de loi, d'une part, apporte des précisions quant aux éléments qui sont compris dans ce taux progression (question de savoir si la variation de l'indice à la consommation, les progressions liées à la convention collective de travail, le glissement des carrières etc. sont compris ou non dans ce taux de 3%) et, d'autre part, limite cette progression forfaitaire à certaines activités, et enfin prévoie une marge de sécurité permettant de couvrir des dépassements budgétaires difficilement prévisibles (pandémie, nouvelles thérapies, augmentation des prescriptions par les médecins etc.)

Ainsi, l'EHL propose de modifier l'article 74 projeté de la manière suivante :

« La progression annuelle de l'enveloppe budgétaire globale tient compte :

- *des mécanismes de progression automatiques tels que l'évolution de l'indice des salaires, les progressions liées à la convention collective de travail, l'impact du glissement des carrières, les changements de taux de cotisations ;*
- *des impacts budgétaires des grands projets d'investissement ou des dotations en services nouveaux ;*

S'y ajoute un mécanisme de décompte de réajustement du budget plafonné afin de prendre en compte l'impact de l'évolution de l'activité hospitalière et médicale. »

Elle demande par ailleurs, de prévoir dans le projet de loi, sinon dans les conventions futures conclues entre la CNS et l'EHL, une disposition ayant trait aux incitants positifs tels que les bénéfices de rationalisation.

*

Suite à cette présentation, la Commission procède à un échange de vues, duquel il y a lieu de retenir succinctement les éléments suivants :

- étant donné que le projet de loi ne donne pas de précision sur ce qui est englobé dans la progression forfaitaire de 3% de l'enveloppe budgétaire globale pour les années 2011-2012, l'EHL n'est pas en mesure d'apprécier si cette progression est réelle ou non ;
- en ce qui concerne les répercussions éventuelles de la mise en place d'une enveloppe budgétaire globale sur les relations entre les différents établissements hospitaliers, il y a lieu de retenir que la fusion entre différents établissements hospitaliers a déjà impliqué la mise en place d'une approche commune entre les différents hôpitaux, de sorte qu'une étroite collaboration entre les différents acteurs s'est mise en place ;
- afin de pouvoir continuer à assurer une bonne qualité des soins, chaque hôpital doit disposer de réserves pour faire face aux imprévus (augmentation des prescriptions médicales sur lesquelles les hôpitaux n'ont pas d'emprise, l'évolution médicale etc.) ;
- quant au reproche que les comptes des établissements hospitaliers ne seraient pas transparents, il convient de noter que les hôpitaux mettent en œuvre une bonne politique de financement, qu'ils font l'objet d'un audit et que les comptes des hôpitaux sont accessibles à la CNS. S'il y a un problème de transparence, il est dû au fait que les données qui sont intégrées dans le système ne sont pas toujours assez fiables pour que les hôpitaux puissent les rendre plus transparentes (à l'heure actuelle, les hôpitaux ne connaissent pas les données administratives et les modalités de la facturation des actes prestés par les médecins) ;
- les hôpitaux sont en mesure de chiffrer les actes de leurs laboratoires en fonction du cadre financier défini par la CNS, mais une comparaison des actes prestés par les laboratoires privés et les laboratoires hospitaliers n'est pas possible, étant donné que ces deux acteurs fonctionnent de manière différente ;
- l'EHL accueille favorablement l'idée de la mise en place de centres de compétence contribuant ainsi à rendre le Luxembourg plus attractif et partant plus concurrentiel par rapport à la Grande-Région ;

- il y a environ 6 à 7 mois, l'EHL a créé une plate-forme permanente de collaboration interhospitalière avec les directeurs médicaux et les représentants des conseils médicaux.

iii. La documentation

L'EHL tient à souligner que les médecins spécialistes, notamment les pédiatres sont de plus en plus réticents à assurer la mission de service public à laquelle sont astreints les hôpitaux, vu qu'il est plus rentable pour ces derniers de travailler dans leurs cabinets les samedis matins, au lieu d'effectuer une prestation de service public.

Etant donné que la nomenclature arrêtée par la Commission de nomenclature aura des impacts importants en tant qu'incitatif sur le comportement des prescripteurs, voire sur le fonctionnement de l'hôpital, l'EHL salue que le projet de loi lui attribue un siège dans la nouvelle Commission de nomenclature. Ainsi, l'EHL est impliquée directement dans le fonctionnement de la Commission de nomenclature et dispose d'un droit d'initiative en ce qui concerne la détermination de la valeur pécuniaire des actes prestés par les médecins.

iv. L'association d'établissements hospitaliers et les mutualisations

Comme déjà évoqué ci-dessus, une plate-forme permanente de collaboration interhospitalière avec les directeurs médicaux et les représentants des conseils médicaux concernant ces activités a été mise en place. En outre, la mise en place de centres de compétences est accueillie favorablement, mais l'EHL tient toutefois à souligner qu'il importe de veiller à ce que la création de centres de compétences ne crée pas une nouvelle situation de concurrence entre les différents établissements hospitaliers.

Par ailleurs, l'EHL informe la Commission encore que des actions communes ont bien progressé au nouveau de l'informatique et de l'achat central et qu'elles seront maintenues et approfondies.

L'EHL tient encore à relever deux points qui lui posent problèmes, à savoir, la mise en place d'un « numerus clausus » des médecins intégrés dans les établissements hospitaliers, ainsi que la mutualisation de l'informatique des établissements hospitaliers.

Numerus clausus

L'EHL craint que la limitation du nombre de médecins agréés ne risque d'avoir un impact négatif sur la qualité des soins aux hôpitaux.

L'EHL souligne qu'il est important pour les hôpitaux qui fonctionnent 24h/24h de disposer d'un nombre suffisant de médecins leur permettant d'assurer leur service. S'y ajoute que les hôpitaux doivent anticiper les départs en retraite de leurs médecins et procéder en temps utile à leur remplacement, mais qu'il devient de plus en plus difficile de trouver des médecins sur le marché du travail européen.

Mutualisation

L'EHL souligne que pour pouvoir maîtriser les coûts, une centrale d'achat a été mise en place et sera développée dans les années à venir. Par ailleurs, l'EHL est d'avis qu'il faut repenser le mode de fonctionnement des laboratoires hospitaliers et préconise le modèle de centres régionaux avec pôles de spécialisation et chaque hôpital disposerait d'un laboratoire pour les urgences.

Etant donné qu'il importe de canaliser les activités de l'ensemble des acteurs de la santé dans le cadre de la gestion de l'information, l'EHL accueille favorablement la création d'une « Agence nationale des informations dans le domaine de la santé ». Elle déplore toutefois que le projet de loi ne souffle mot sur l'initiative de mutualisation de l'informatique que les établissements hospitaliers sont en train de réaliser. En effet, le Centre informatique sectoriel (CIS) sera la structure opérationnelle pour gérer les projets et les activités mutualisées des hôpitaux et il est censé travailler en cohérence avec cette nouvelle agence prévue par le projet de loi, au sein de laquelle l'EHL souhaite d'ailleurs bénéficier d'une représentativité adéquate pour défendre les intérêts du secteur.

L'EHL précise que la création d'un CIS est vitale pour permettre aux hôpitaux de faire face aux exigences de fournir une information hospitalière échangeable, et demande par conséquent, d'intégrer le CIS dans le projet de loi comme signal fort du soutien des organes de tutelle dans la réalisation de ce projet ambitieux, témoignant d'une volonté réelle des établissements hospitaliers de poursuivre une politique de maîtrise des coûts.

Cet exposé est suivi d'un échange de vues, duquel il a lieu de retenir succinctement les éléments suivants :

- par opposition aux négociations individuelles par les différents hôpitaux des prix d'achat des médicaments, le groupement d'achat médical (mutualisation des médicaments) permet aux hôpitaux de négocier en commun les prix d'achat des médicaments ce qui a pour corollaire une réduction des prix d'achat, leur permettant ainsi de réaliser des gains non négligeables.
- en ce qui concerne la création de centres de compétences, l'EHL souligne qu'il faut en premier lieu définir les critères pour déterminer objectivement les pathologies pour lesquelles la mise en place de centres de compétences s'avère nécessaire et utile et en second lieu, conférer une protection adéquate aux centres de compétences, garantissant que les actes médicaux censés être effectués aux centres de compétences ne seront plus effectués ailleurs. En outre, l'EHL est d'avis qu'il importe de clarifier le statut des services nationaux, qui figurent dans le plan hospitalier, mais qui ne sont pas budgétisés. Sont-ils des centres de compétences? Aux yeux de l'EHL, des centres de compétences pourraient être mis en place dans les domaines de la médecine environnementale, de la neurochirurgie, de la thérapie du cancer, par ailleurs la création d'une clinique mère-enfant et d'une clinique orthopédique serait envisageable.

2) Audition d'une délégation de l'UEL

Dans son exposé introductif, le président M. Rodenbourg tient à souligner que l'UEL ne refuse pas en bloc le projet de réforme déposé par le Gouvernement. Cependant, certaines bonnes pistes du projet n'empêchent pas qu'il se doit de relever d'emblée que dans la situation économique actuelle de nombreuses entreprises ne disposent plus de la moindre marge de manœuvre financière. Dès lors, l'UEL doit être attentive à tout élément de la réforme susceptible de renchérir encore le coût d'exploitation des entreprises. Tout renchérissement risquerait d'aggraver la situation des entreprises en difficulté et les rapprocherait d'une issue fatale. Il faut tenir compte du fait qu'à l'intérieur de la Grande Région la situation concurrentielle des entreprises luxembourgeoises s'est progressivement dégradée et qu'il faut absolument redresser cette évolution. En tout état de cause, l'approche économique ne doit pas être négligée dans l'orientation générale de la réforme.

M. Pierre Bley présente les lignes directives du document "Soigner mieux en dépensant moins", établi par l'UEL en guise de prise de position sur la réforme du système de soins de santé luxembourgeois. Pour le détail de son exposé, il est renvoyé à ce document transmis à

tous les membres de la commission ainsi qu'aux tableaux d'une présentation Powerpoint. (cf. annexe 2)

Selon l'UEL, il faut rappeler d'abord que le système de santé du Luxembourg est caractérisé par une très large générosité: les dépenses pour soins de santé par habitant au Luxembourg sont parmi les plus élevées de l'ensemble des pays de l'OCDE¹. En même temps, la part du financement public pour les dépenses de santé est la plus élevée de l'OCDE. Le corollaire en est que la participation des assurés aux soins de santé se situe parmi les plus faibles en comparaison internationale.

Il s'agit donc également d'un système très cher ayant enregistré au cours des dernières années une progression annuelle moyenne des dépenses pour soins de santé de l'ordre de 6%; à législation constante ce taux de progression se répéterait au cours des années à venir de sorte que le déficit financier cumulé de l'assurance maladie atteindrait 680 mio d'euros en 2014.

Le projet gouvernemental propose un freinage de cette croissance à approximativement 4% au cours des années à venir. Selon l'UEL, cet objectif manque d'ambition dans la mesure où le potentiel considérable de synergies permettant de réduire le coût est loin d'être intégralement exploité.

L'UEL critique par ailleurs le fait que le taux de progression de 4% avancé dans le projet gouvernemental n'est pas motivé par des calculs et données concrètes, de sorte que cette ambition déjà fortement modeste risquerait encore de rester lettre morte.

L'UEL pour sa part considère que la maîtrise des dépenses pour soins de santé est indispensable et qu'il faut mettre un terme aux taux de croissance démesurés des dernières années. Elle considère que ce taux d'augmentation devrait être diminué à 1,5% par an en moyenne entre 2010 et 2014, objectif ambitieux, mais faisable eu égard au potentiel de synergies non exploité. Ce taux moyen de 1,5% pourrait être atteint moyennant l'instauration d'un taux annuel de progression maximal dégressif pour cette période, ceci notamment en mettant à profit les économies pouvant être obtenues moyennant l'extension de la chirurgie ambulatoire.

Interrogé sur la faisabilité d'un freinage aussi incisif du taux de progression, eu égard notamment au taux de progression économique probablement nettement supérieur, au vieillissement de la population et aux investissements à faire dans l'intérêt du progrès médical, l'intervenant ajoute que l'UEL considère cet objectif comme réaliste pour la période jusqu'à 2014 au cours de laquelle les mesures d'économies du projet devraient pleinement porter leur effet. L'UEL est consciente du fait qu'il s'agira d'un freinage temporaire et qu'à l'issue de cette phase d'assainissement on connaîtra inévitablement un retour à un rythme de croissance ordinaire de l'ordre de 3 à 4%, compte tenu du coût dû au progrès médical.

L'UEL regrette encore que le projet reste en défaut de produire des objectifs quantifiables plus ambitieux en ce qui concerne, par exemple, la promotion de la chirurgie ambulatoire. L'UEL considère que le projet véhicule une approche trop timide et défensive à cet égard, alors que la chirurgie ambulatoire doit de toute évidence être renforcée et être accompagnée en parallèle d'une réduction du nombre des lits aigus dans les hôpitaux, ce nombre se situant actuellement au Luxembourg largement au-dessus des normes de l'OCDE.

Un autre point faible, insuffisamment abordé par la réforme, concerne l'explosion de la démographie médicale en milieu hospitalier. Dans le cadre de la planification hospitalière, le nombre de médecins agréés devra être limité aux besoins médicaux réels du pays.

¹ Le Luxembourg figure au 4^e rang derrière les Etats-Unis, la Norvège et la Suisse.

De même, en ce qui concerne les laboratoires, le projet prévoit certaines mesures allant dans la bonne direction, mais selon l'UEL un concept global, introduisant notamment une meilleure répartition des tâches en matière d'analyses médicales, fait défaut. Il est par ailleurs indispensable d'inscrire le LNS dans une stratégie cohérente d'organisation des analyses médicales dans notre pays.

Concernant un autre point majeur de la réforme, à savoir le transfert du financement des prestations de maternité du budget de l'Etat dans le financement normal par cotisation à l'instar de tous les autres risques couverts par la CNS, l'UEL se doit de réfuter cette option du projet gouvernemental. L'UEL considère qu'il s'agit d'un revirement de la politique en la matière consistant à transférer à terme des charges à la CNS pour alléger les finances publiques. Selon l'UEL la dotation spéciale maternité que l'Etat prévoit d'allouer à la CNS est insuffisante.

En matière de planification hospitalière, l'UEL considère que le projet de réforme reste trop vague et que des possibilités substantielles de synergies et de rationalisation ne sont pas suffisamment exploitées, notamment au niveau de la spécialisation des services et de l'organisation commune de certaines activités hospitalières.

Concernant la budgétisation des établissements hospitaliers, l'UEL est d'avis que le système issu de la réforme de 1992 continuera de pécher par une opacité préjudiciable dans la mesure où sur ce point le projet de réforme actuel reste largement en retrait par rapport aux interventions courageuses et ambitieuses qui s'imposent pour contenir l'explosion des coûts dans le secteur hospitalier. L'absence d'une véritable coordination des missions et spécialisations des hôpitaux continue d'engendrer des coûts inutiles. A plus long terme, il faut voir l'intérêt du Luxembourg de faire de ses services de santé un pôle d'attraction au plan transfrontalier, à condition de se soumettre au "benchmarking" de qualité de son offre.

Enfin, en ce qui concerne la gouvernance de la CNS, l'UEL a formulé des propositions pour une réforme en profondeur, essentiellement destinées à en faciliter le fonctionnement et à en améliorer l'efficacité (Pour le détail y relatif, il est renvoyé au document précité).

*

Suite à l'exposé de M. Pierre Bley, il est procédé à un échange de vues duquel il convient de retenir succinctement les éléments d'information supplémentaires suivants:

* Concernant la sécurité et la santé au travail et plus particulièrement la question de l'impact financier sur la CNS des pathologies engendrées par le lieu de travail, il est souligné que l'amélioration de l'environnement de travail du salarié correspond à un souci permanent de l'UEL, parfaitement consciente de l'implication de ce facteur sur le taux d'absentéisme. L'UEL ne dispose cependant pas de données chiffrées concernant l'impact financier précis de ce phénomène.

L'UEL procède régulièrement à des campagnes de sensibilisation des entreprises sur ce sujet alors qu'il est établi que tout investissement dans le bien-être du salarié renforce la motivation de ce dernier, réduit les risques de maladie et finalement se solde positivement pour l'entreprise au plan de la performance économique. L'institut pour le développement durable et la responsabilité sociale des entreprises, créé sous l'égide de l'UEL en 2003, s'occupe également de ce sujet.

Il convient de signaler dans ce contexte encore qu'un groupe de travail associant des experts de l'UEL, de l'IGSS et du CEPS-Instead tend actuellement à identifier pour différents groupes et genres d'activités les taux normaux d'absentéisme. Cette façon de procéder

instaure une comparabilité des entreprises en permettant ensuite d'identifier celles présentant des écarts par rapport aux valeurs moyennes.

* Quant à la nécessité de maintenir l'évolution de la démographie médicale dans des proportions conformes aux besoins médicaux réels de la population, l'UEL, sans être évidemment à même de proposer des solutions toutes faites, critique néanmoins le fait que le projet esquive cette problématique. Or, une intervention volontariste à ce niveau s'impose si on veut vraiment s'engager dans la voie d'une maîtrise des coûts d'un système qui actuellement fonctionne selon le principe que l'offre engendre la demande. L'UEL demande une utilisation plus rationnelle des moyens, mais elle ne préconise cependant pas une rigueur extrême telle qu'elle se retrouve à l'étranger et qui souvent se base sur une logique purement comptable. L'UEL tend à préserver le haut niveau qualitatif de notre système moyennant une utilisation plus efficiente des ressources disponibles.

* Concernant la question d'un éventuel relèvement du taux de cotisation, l'UEL se doit d'insister sur le fait que même un relèvement modeste de deux fois 0,1%, lequel pourrait théoriquement être considéré comme marginal, entraînerait un effet signal hautement préjudiciable au développement futur de l'économie luxembourgeoise.

Les décideurs et investisseurs économiques pourraient en déduire qu'au Luxembourg tout déséquilibre financier dû à une croissance incontrôlée des dépenses serait compensé, dans le réflexe d'une politique à court terme, par un renchérissement du coût du travail.

L'UEL se doit de mettre vivement en garde contre une telle politique de la facilité à court terme, qui impliquerait inévitablement la perte du dernier avantage concurrentiel de notre économie, avantage dû, il est vrai, à une large fiscalisation du système.

* Dans ce même contexte, l'UEL considère qu'il n'est pas opportun de reconstruire la réserve de l'assurance maladie-maternité déjà en 2011 et de financer cette dotation supplémentaire par un relèvement des cotisations lors que durant l'exercice précédent on a puisé dans cette réserve pour éponger le déficit, précisément pour éviter un relèvement des cotisations.

L'UEL a bien été opposée au principe de cette opération unique d'apurement du déficit par le recours à la réserve, mais à présent elle doit fustiger l'incohérence que représente la proposition de reconstruire cette réserve à un moment où la situation financière ne le permet pas. Selon les estimations de l'UEL, cette reconstruction de la réserve pourrait en revanche se faire sans impact sur le taux de cotisation au cours des exercices 2013 et 2014, s'il est politiquement considéré comme indiqué de maintenir la réserve au haut niveau antérieur à l'exercice 2010. Le renoncement à la dotation de la réserve en 2011 entraînerait une économie de l'ordre de 35 mio d'euros, de sorte que le besoin de financement total de l'assurance maladie-maternité ne serait plus que de 65 mio d'euros.

* L'UEL regrette que ses avertissements, itérativement formulés au cours des 15 dernières années, de ne pas aligner en permanence les dépenses de la Sécurité sociale aux taux annuels de croissance économique extraordinaire de cette période, aient été systématiquement ignorés.

A présent, à un moment où ses avertissements se trouvent confirmés par la réalité économique, l'UEL, par principe, se doit de s'opposer à tout relèvement de cotisation, fût-il minime de l'ordre de 0,1%. Il faudra trouver des solutions d'ordre structurel, faute de quoi le recours au relèvement des cotisations risquerait de se reproduire systématiquement au cours des années à venir.

L'UEL regrette encore que le projet de réforme est loin de tirer toutes les conclusions qui se dégagent d'analyses concordantes faites au cours des derniers mois par l'IGSS, le STATEC et par ses propres services.

3) Audition des syndicats OGB-L, LCGB et CGFP

a) OGB-L

Le représentant du syndicat OGB-L M. René Pizzaferrri annonce que l'OGB-L ne finalisera sa position définitive par rapport au projet de loi qu'au moment où il aura pu prendre connaissance des projets de règlements grand-ducaux d'exécution du projet de loi; règlements dont le contenu peut substantiellement influencer l'orientation finale de la réforme et donc de l'appréciation qu'elle comporte. Cette prise de position définitive sera portée à la connaissance de la commission parlementaire.

En suivant la structure du projet de loi, l'intervenant présente les observations que le projet suscite d'ores et déjà de la part de l'OGB-L (ci-après reproduites en résumé succinct).

- Prise en charge (Art. 17 CSS)

L'OGB-L s'interroge sur la portée exacte de différents changements de terminologie, notamment celui consistant au point 3) à remplacer l'expression "les analyses et examens de laboratoire" par celle de "les analyses médicales de biologie clinique".

- Médecin référent (Art. 19bis)

L'introduction du médecin référent trouve l'accord de principe de l'OGB-L. Toutefois, la possibilité d'un remboursement préférentiel pour l'assuré optant pour un médecin référent par rapport à l'assuré renonçant à cette faculté devrait être considérée, du moins implicitement, comme une sanction indirecte à l'égard de ce dernier et pourrait ainsi remettre en cause le libre accès à la médecine. Par conséquent, il faudrait privilégier la voie de la sensibilisation des assurés à l'innovation du médecin-référent plutôt que de prévoir un système de remboursement respectivement de participation différenciée des assurés.

En matière de protection des données, il faut écarter toute possibilité d'accès au dossier médical dans le cadre des relations de travail.

- Médicaments - liste positive - Prise en charge (Art. 22 CSS et svts)

Est à considérer comme critiquable le fait que les décisions sur l'inscription des médicaments sur la liste positive rentrent exclusivement dans le champ de compétence du président de la CNS et que le Comité directeur se trouve largement écarté de ces décisions.

L'OGB-L attend par ailleurs des précisions concernant les modalités de la substitution de médicaments et la répercussion de ce procédé sur la participation de l'assuré.

- Tiers payant (Art. 24 CSS)

Le projet de loi prévoyant certes l'introduction du tiers payant social pour les assurés confrontés à des situations de détresse et de pauvreté considérables, l'OGB-L aurait préféré l'extension généralisée de ce système, à l'instar de modalités applicables à l'étranger. Par ailleurs, il réitère sa demande d'une meilleure information de l'assuré sur les prestations facturées dans le cadre du tiers payant, ceci notamment à des fins de contrôle.

- Financement

L'intervenant s'interroge si l'ensemble des opérations liées au transfert des dépenses de maternité du budget de l'Etat vers l'assurance maladie-maternité ne se solde pas par une régression de la participation de l'Etat dans le financement de cette branche de la Sécurité sociale de 42% à 40%.

Quant au taux unique de cotisation de 0,5% pour les prestations en espèces, on peut se demander s'il est indiqué de faire dorénavant participer au financement de ce volet la catégorie d'assurés ne bénéficiant pas de prestations en espèces, à savoir les retraités. Cette question doit être posée dans la mesure où la cotisation de 0,5% à payer par les bénéficiaires des prestations en espèces ne suffira plus pour couvrir toutes ces prestations - y compris celles nouvelles relatives à la maternité - et que donc les recettes sur base de la cotisation générale payée par tous les assurés devront être mises à contribution à cet effet.

L'OGB-L constate que les données permettant de chiffrer le besoin de financement pour 2011 ont évolué en sorte que ce besoin ne se situe actuellement plus qu'à 78 mio d'euros. Selon l'OGB-L les recettes supplémentaires résultant d'une augmentation des cotisations de 0,1% ainsi que des mesures prévues au niveau des prestataires permettraient largement de couvrir ce besoin de financement, de sorte qu'on pourrait renoncer à une contribution des assurés allant au-delà du relèvement de la cotisation.

Enfin, l'OGB-L considère qu'il est financièrement inopportun de prévoir, comme le projet le propose, la reconstitution du fonds de roulement de la CNS dès l'exercice 2011, mais d'attendre pour ce faire les exercices 2012 à 2014 au cours desquels les mesures d'économies du projet porteront pleinement leur effet.

- Le dossier de soins partagé (Art. 60bis et svts)

Il y a lieu d'assurer que les médecins spécialistes communiquent en tout état de cause l'ensemble de leurs données au médecin généraliste assumant la fonction de médecin référent.

En ce qui concerne la nouvelle Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé, l'OGB-L considère que le rôle qu'il est prévu d'attribuer à ce nouvel organisme aurait pu tout aussi avantageusement être assumé par la CNS. Cette façon de procéder n'écarterait pas les partenaires sociaux de ces missions et aurait par ailleurs l'avantage d'une approche plus rationnelle évitant de multiplier inutilement les structures dans ce domaine de la Sécurité sociale.

- Conventionnement

L'OGB-L attend des précisions - à fournir dans le règlement grand-ducal prévu - quant aux modalités exactes de la procédure de médiation et de décision suivant l'échec de négociations en vue de la conclusion des conventions. Il rappelle dans ce contexte son opposition ferme à toute forme de déconventionnement.

- Cellule d'expertise médicale (Art. 65bis)

En l'absence de précisions restant à fournir dans le règlement grand-ducal d'exécution prévu in fine de cet article, l'OGB-L s'interroge sur la composition et les attributions de ce nouvel organe ainsi que sur la coordination de son action par rapport à celle de la CNS.

- Commission de surveillance (Art. 72 et svts)

L'OGB-L craint que le transfert de la compétence décisionnelle en matière de litiges individuels au président de la CNS n'attribue à ce dernier un rôle de juge et partie et demande que cette disposition soit enlevée du projet.

- Secteur hospitalier

L'OGB-L approuve quant au principe les dispositions de la réforme visant la mise en place de centres de compétences et de filières de soins, à condition pour ces dernières d'assurer un contrôle continu de la qualité au plus haut niveau des soins dispensés aux patients dans ce cadre.

Le principe de l'introduction de la fonction de médecin coordinateur est également à saluer, sous réserve toutefois que, selon l'OGB-L, le texte gouvernemental n'apporte pas de réponse satisfaisante à la question des pouvoirs effectifs pouvant être attribués à cette nouvelle fonction dans un cadre d'exercice libéral de la médecine.

- Médecine

Quant au développement de la chirurgie ambulatoire, il faudra savoir garder mesure et ne pas négliger l'entourage familial et social dans la prise en charge du patient.

Par ailleurs, la reconnaissance officielle et la promotion de la médecine de l'environnement font défaut dans le projet de réforme.

b) LCGB

Le délégué du LCGB M. Alain Rassel souligne que son syndicat a en principe une approche positive par rapport à la réforme.

Toutefois à beaucoup d'égards l'appréciation dépendra en définitive du contenu détaillé que les règlements grand-ducaux d'exécution seront censés apporter au cadre tracé par la réforme légale.

Ainsi l'introduction de la fonction de médecin référent est à accueillir positivement si elle est effectivement conçue comme conférant au patient un médecin de confiance soucieux de le guider et de lui procurer les meilleurs soins possibles. Par contre, cette innovation serait à rejeter si elle avait pour effet de transformer le rôle du médecin généraliste dans une sorte de "gate-keeper", à l'instar du système britannique avec une mission de rationnement des soins de santé.

De même, le dossier de soins partagé du patient est susceptible de comporter une multitude d'avantages pour le patient, à condition que l'accès en soit strictement réglementé et qu'il soit exclu que ce dossier puisse, par exemple, servir pour juger de l'employabilité d'un assuré.

Le principe de la substitution de médicaments prévue par le projet en tant que tel est à apprécier positivement; mais seulement à condition que la réglementation d'exécution prévoie des garde-fous excluant toute déviation de cet instrument vers un rationnement de l'accès aux soins.

La même approche prudente est de mise par rapport à la notion de bonnes pratiques opposables qui doivent toujours être perçues comme devant s'appliquer dans l'intérêt du patient. Par contre, elles seraient à réfuter dès lors qu'elles serviraient à limiter l'accès à des pratiques sophistiquées, moins fréquentes et partant plus chères.

La transparence que la réforme propose d'améliorer à plusieurs niveaux constitue un autre aspect positif du projet, à condition de ne pas tomber dans des travers de bureaucratie anéantissant l'objectif louable initial.

Enfin quant aux participations de l'assuré, il faut éviter que ces dernières puissent porter sur des éléments - p.ex. analyses de laboratoire - sur lesquels le patient n'a aucune influence.

c) CGFP

Le représentant de la CGFP M. Claude Geimer souligne à titre préliminaire que la réforme s'inscrit dans notre système du conventionnement obligatoire et qu'elle doit avoir comme finalité d'assurer une médecine de haute qualité pour tous les assurés.

Les modifications structurelles proposées par le projet comportent de nombreuses pistes qui en principe sont à aviser positivement tout en donnant lieu à des remarques et questions ponctuelles.

Ainsi, si l'extension de la chirurgie ambulatoire au détriment de la chirurgie stationnaire correspond effectivement à une évolution générale au plan international, il faudra néanmoins assurer que les économies réalisées à ce titre puissent se faire en préservant intégralement la sécurité du patient et la meilleure qualité possible des soins.

Dans un même ordre d'idées, les filières de soins, auxquelles on pourrait à première vue reprocher de limiter le libre choix du patient, auront l'avantage que les patients puissent en tout état de cause bénéficier de soins de qualité dispensés par des prestataires capables d'assurer cette qualité de par la fréquence dans leur chef de la pratique de l'acte. Cette qualité devra faire l'objet d'évaluations continues et être certifiée.

A contrario, les filières de soins épargneront à l'avenir aux patients de subir des interventions pratiquées par des prestataires risquant de ne pas être à la hauteur de la complexité de l'acte, précisément par le fait d'une expérience insuffisante.

Quant à la révision de la nomenclature, la CGFP considère qu'elle peut constituer un élément positif et contribuer à la fois à la qualité des soins et à la réalisation d'économies.

*

En fin de réunion, il est procédé à un bref échange de vues au cours duquel les points suivants sont évoqués et précisés:

- le rôle étendu que le projet propose de conférer au Contrôle médical et le problème de la compétence liée de la CNS par rapport aux décisions du Contrôle médical. L'OGB-L et le LCGB en déduisent la nécessité de faire accompagner le Contrôle médical par un organe statuant sur l'orientation générale de son action, ceci pour contrebalancer le fait

que les décisions du Contrôle médical en tant qu'administration étatique se répercutent sur un organisme non étatique - la CNS -, sans possibilité de recours de cette dernière.

La CGFP est plus réservée à cet égard en soulignant que le Contrôle médical fonctionne selon les principes d'une administration étatique, avec les garanties afférentes, sous la responsabilité administrative du Ministre. Doter le Contrôle médical, par exemple, d'un conseil d'administration aurait pour effet d'enlever en quelque sorte cette responsabilité au Ministre et modifierait la nature juridique du rôle à jouer par cette instance.

- le catalogue des mesures d'économies envisageables pouvant être soumis au Comité directeur de la CNS dans sa réunion du 10 novembre 2010;
- la restriction de l'admission à l'assurance continuée par l'introduction d'une condition de stage de 6 mois, cette restriction touchant en premier lieu des personnes se trouvant dans une situation sociale précaire;
- la nécessité de la prise en charge inconditionnée des personnes souffrant de pathologies de la dépendance (alcool, drogues) et les efforts à déployer pour s'attaquer aux raisons de ces pathologies, notamment dans l'entourage social des personnes concernées;
- les suppléments pour convenance personnelle, injustifiés et à abolir selon l'OGB-L, et la problématique des chambres de 1^{ère} classe dans les hôpitaux, ne justifiant aucunement, selon l'OGB-L, une rémunération supplémentaire des prestations médicales y dispensées;
- la suppression générale du plafond cotisable, susceptible de générer un surplus de 180 mio d'euros, serait selon l'OGB-L et le LCGB la meilleure option pour équilibrer durablement la situation financière de la CNS, la CGFP s'opposant toutefois à une solution intermédiaire consistant par exemple à relever le plafond actuel de 5 fois le salaire social minimum à 7 fois le salaire social minimum.

* * *

La prochaine réunion aura lieu jeudi, le 11 novembre 2010 de 14.00 à 16.00 heures (en cas de besoin jusqu'à 16.30 heures). Cette réunion sera consacrée aux conclusions à tirer des auditions de ce jour ainsi qu'aux propositions d'amendements éventuels qui pourraient s'en dégager.

Il est encore retenu que la commission se verra communiquer la documentation soumise à la réunion de la quadripartite.

Luxembourg, le 16 novembre 2010

Les Secrétaires,
Martin Bisenius
Tania Braas

La Présidente,
Lydia Mutsch

Annexes: 2

ANNEXE 1a

Sur base de la prise de position officielle de l'EHL concernant le projet de loi N° 6196, envoyé au Président de la Chambre des Députés à la date du 26 octobre 2010, les exigences de l'EHL par rapport au texte de réforme sont les suivantes :

1. La philosophie de l'article 29 et le texte de l'article 31 de la loi sur les établissements hospitaliers tels que repris dans le projet de loi no. 6196 doivent rester un acquis.
2. L'implication des médecins dans l'organisation de l'hôpital avec une contrepartie incitative doit trouver un répondant dans l'article 65 du code de la sécurité sociale en intégrant l'ajout suivant :
« La contribution des acteurs médecins pour des tâches et/ou réunions le cas échéant multidisciplinaires relatives à des activités organisationnelles et de gestion pour l'hôpital est rétribuée selon une cotation forfaitaire à intégrer dans la nomenclature médicale ».
3. Le concept de budget plafonné doit être nuancé en intégrant dans le texte de l'article 74 du code de la sécurité sociale tel que repris dans le projet de loi no. 6196 les ajouts suivants :
« La progression annuelle de l'enveloppe budgétaire globale tient compte
 - *des mécanismes de progression automatiques tels que l'évolution de l'indice des salaires, les progressions liées à la CCT, l'impact du glissement des carrières, les changements de taux de cotisation,*
 - *ainsi que des impacts budgétaires des grands projets d'investissement ou des dotations en services nouveaux.**S'y rajoute un mécanisme de décompte de réajustement du budget plafonné afin de prendre en compte l'impact de l'évolution de l'activité hospitalière et médicale. »*
4. Un numérus clausus tel que prévu pour les médecins hospitaliers n'apporte aucun avantage au secteur de la santé. Par conséquent, le passage « y compris les nombres minimal et maximal de médecins pouvant être agréés » doit être retiré de l'article 2 de la loi sur les établissements hospitaliers repris dans le projet de loi.
5. La création d'un Centre Informatique Sectoriel (CIS), gestionnaire des applicatifs opérationnels du secteur hospitalier, est vitale pour permettre aux hôpitaux de faire face aux exigences de production d'une information clinique échangeable et de cohérence nationale. Le CIS doit trouver sa place dans le projet de réforme, dans les amendements ou dans l'exposé des motifs comme signal fort des tutelles d'y apporter leur soutien.
6. Un système de financement basé sur une logique d'incitants apportera à terme des résultats plus durables et à un coût de contrôle inférieur qu'un système basé sur des contraintes. Le projet de réforme doit intégrer un passage qui privilégie des concepts tels que le bénéfice de rationalisation etc. comme mécanismes budgétaires dans les futures conventions entre CNS et EHL.

CIRCULAIRE CA

N°: 182 / 2010

Date: 27/10/2010



Secrétariat Général

Monsieur Laurent MOSAR
Président
de la Chambre des Députés

18, rue du Marché-aux-Herbes
L-1728 Luxembourg

Bertrange, le 26 octobre 2010
n°réf.: P.J.-M/Vmt/ 183- 2010

Concerne: **Projet de loi no. 6196 portant réforme du système de soins de santé et modifiant:**

1. **Le Code de la Sécurité sociale**
2. **La loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers**

Monsieur le Président de la Chambre des Députés,

Nous avons l'honneur de vous communiquer ci-annexée la prise de position officielle de l'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois concernant le texte du projet de loi no. 6196 sous rubrique.

Ce document résume nos principales observations et revendications par rapport au texte du projet de réforme dans sa teneur actuelle. Nous sommes prêts à apporter verbalement toutes les précisions et explications qui seront souhaitées lors de la réunion pour un échange de vues avec la Commission parlementaire de la Santé et de la Sécurité sociale ce jeudi, le 28 octobre 2010 de 13.30 à 14.30 heures.

Notre délégation sera composée comme suit :

- Monsieur Paul JUNCK, Président de l'EHL
- Monsieur Marc HASTERT, Secrétaire général de l'EHL
- Monsieur le Docteur André KERSCHEN, Directeur général du CHL
- Monsieur le Docteur Michel NATHAN, Directeur général du CHEM
- Monsieur le Professeur Hans-Joachim SCHUBERT, Directeur général du CHcIN
- Monsieur Christian OBERLE, Directeur administratif de l'HK et Directeur général de la CDB

Veuillez agréer, Monsieur le Président de la Chambre des Députés, l'expression de notre très haute considération.

Marc HASTERT
Secrétaire général

Paul JUNCK
Président

Annexe: Avis EHL ce projet de loi no. 6196

5, rue des Mérovingiens L-9270 Bertrange
Tél. : +352 42 41 42 - 11 - Fax +352 42 41 42 81
BILULULL LU90 0028 1334 0530 0500
www.ehl.lu - e-mail: ehi@ehlu

Transmis pour information aux membres
- de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale,
- de la Conférence des Présidents.

Luxembourg, le 28 octobre 2010

Martin Bisentius
Premier Conseiller de la Chambre des Députés



AVIS de l'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois

relatif au texte du projet de loi no. 6196 portant réforme du système des soins de santé et modifiant :

- 1) Le code de la sécurité sociale et**
- 2) La loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers**

L'avis EHL2010 est le projet de loi 6196

Préambule

L'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois a pris connaissance du texte du projet de loi no. 6196 sous rubrique tel qu'il a été déposé à la Chambre des Députés. L'EHL avait déjà pris position par rapport au texte de l'avant-projet de loi, version du 8 juillet 2010, et avait dans une lettre adressée au Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale le 24 septembre 2010, exprimé ses inquiétudes et ses attentes par rapport à la réforme en cours.

Tout comme dans son premier avis, l'EHL tient à exprimer son point de vue quant aux éléments essentiels du projet de réforme.

Il convient notamment de rappeler que les gestionnaires des hôpitaux sont tributaires de toute une série de contraintes et de décisions sur lesquels ils n'ont pas de véritable emprise, que ce soit par exemple la demande en soins de santé par les patients, l'impact du vieillissement de la population, le volume et la tarification de l'activité médicale ou l'évolution des nouvelles technologies avec les incidences y relatives sur le coût de l'activité hospitalière en général.

Il en résulte des difficultés de pilotage et de gestion financière des établissements ainsi que des problèmes de responsabilités non clarifiés entre les différentes catégories d'acteurs hospitaliers.

L'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois constate avec satisfaction que par rapport à la version de l'avant-projet, le texte contient maintenant divers passages nouveaux qui vont dans le sens d'une meilleure intégration et collaboration de tous les acteurs hospitaliers, y compris des médecins. Un certain nombre de problèmes ne trouvent cependant toujours pas de solution satisfaisante. Enfin, le texte renvoie à toute une série de règlements grand-ducaux encore à prendre et dont nous ne connaissons pas la teneur. Même si un certain nombre de pistes sont tracées, l'EHL conclut ainsi à l'impossibilité de savoir en l'état actuel des travaux dans quelle direction le secteur va évoluer concrètement.

L'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois tient par conséquent à rappeler les principaux thèmes sur lesquels elle souhaite insister tout particulièrement pour garantir une exécution de qualité du service hospitalier dans l'intérêt des patients et des acteurs concernés.

I. La médecine hospitalière

a) Constat

L'EHL rappelle sa prise de position officielle du 15 mars 2010 destinée au Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale suite aux travaux des groupes ministériels en vue de la rédaction des textes liés à la réforme de l'assurance maladie.

Dans ce document l'EHL proposait de créer un cadre légal clarifiant les relations hôpitaux / médecins et définissant les responsabilités, droits et devoirs de chacun dans la prise en charge des patients et dans la gestion de l'hôpital réglementant la médecine hospitalière.

L'EHL revendiquait une base légale pour la médecine hospitalière qui devra inclure:

- a) un statut clairement défini du médecin hospitalier permettant de renforcer les liens entre ce dernier et l'hôpital ;
- b) l'officialisation de la fonction de médecin coordinateur ;
- c) une réelle mise en pratique du contrat-type hôpitaux / médecins appliqué de manière comparable dans les hôpitaux ;
- d) une clarification des responsabilités individuelles et de la structure hospitalière.

L'EHL constate avec satisfaction que le texte tel qu'il a été déposé à la Chambre des Députés intègre enfin un cadre minimum définissant le statut du médecin hospitalier. Cette nécessité pour un bon fonctionnement du service hospitalier est incontournable. Des précisions restent toutefois à apporter concernant les responsabilités respectives des différents acteurs hospitaliers par rapport à leurs niveaux d'actions.

D'autre part, les hôpitaux ne peuvent actuellement exercer d'influence ni sur la liberté des prescriptions des médecins, ni sur la demande de plus en plus exigeante des patients. S'y rajoute le vieillissement de la population, les polyopathologies complexes, le problème lié à la responsabilité médicale/soignant et la judiciarisation croissante, les nouveaux médicaments et les nouvelles technologies qui ont pour conséquence que le nombre de prescriptions est condamné à augmenter. Dans un contexte de pression budgétaire croissante, l'EHL estime nécessaire que le volet organisationnel détermine clairement qui est responsable pour quoi.

La question de savoir s'il faudrait une réglementation nationale concernant l'intégralité du fonctionnement d'un hôpital mérite d'être étudiée. Mais certaines bases élémentaires par rapport aux droits et devoirs des différents prestataires devront en tout cas être ancrées au niveau d'un texte légal.

La réglementation de la médecine hospitalière constitue un élément incontournable pour permettre aux directions de garantir la pilotabilité du système, d'où l'insistance de l'EHL en vue d'une telle réglementation. L'insertion de certaines précisions quant au statut du médecin hospitalier au niveau de l'article 31 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers (projet de loi no. 6196) est un premier pas décisif dans cette direction. « Art. 31. Le médecin hospitalier est lié à l'établissement hospitalier soit par un contrat d'agrément, soit par un contrat de travail. Le médecin hospitalier agréé exerce son activité à titre principal ou accessoire dans un ou plusieurs services hospitaliers sous sa propre responsabilité et sans lien de subordination sur le plan médical, tout en respectant le cadre défini par l'organisme gestionnaire dans le règlement général visé à l'article 23, notamment pour ce qui est de la continuité des soins et des gardes, de la

documentation des soins, de participation à la démarche qualité et à la prévention des risques, des relations interprofessionnelles au sein de l'institution et de l'utilisation efficiente des ressources disponibles. »

b) Interaction « médecin coordinateur / médecin hospitalier »

Un cadre légal clair pour la médecine hospitalière constitue également un prérequis pour faire fonctionner efficacement le système du médecin coordinateur. Si le médecin hospitalier n'est pas obligé de respecter certaines contraintes organisationnelles, la mise en place de médecins coordinateurs n'apportera aucun bénéfice organisationnel ou fonctionnel. L'absence d'une hiérarchisation médicale dans les hôpitaux, à l'exception du CHL, rend en effet la gestion des institutions hospitalières difficile. Nous sommes convaincus que la nomination de médecins coordinateurs dans nos hôpitaux sera une première étape dans la réalisation de ces objectifs ambitieux et nous soutenons pleinement leur mise en place. Le projet d'intégration des médecins hospitaliers par le biais des médecins coordinateurs requiert un cadre légal permettant de situer le médecin hospitalier et le médecin coordinateur par rapport à la direction, aux responsables de service et aux autres médecins hospitaliers. Le succès du futur « binôme de gestion » responsable soignant de service – médecin coordinateur dépendra, hormis des compétences managériales, du respect mutuel tant au niveau de la personne (respect humain) qu'au niveau de la profession (respect professionnel).

Il est bien entendu que les médecins hospitaliers devront être concrètement responsabilisés par rapport aux contraintes budgétaires alors que les gestionnaires des hôpitaux doivent faire face à des limitations budgétaires de plus en plus contraignantes (cf. point II ci-après). Les aspects liés à la responsabilité des uns et des autres ne doivent pas non plus être négligés dans ce contexte.

II. Le budget hospitalier

L'EHL ne peut en aucune manière accepter que le nouveau texte reste inchangé pour ce qui est du plafonnement de l'enveloppe budgétaire et qu'aucune modalité de décompte en cas de dépassement des budgets ne soit prévue. Le texte reste également muet concernant la mise en place d'un modèle d'incitants favorisant les économies.

A la lecture du projet de loi, l'EHL constate que le texte a peu évolué. Les changements de texte portent sur :

- ✓ la suppression de la saisine du Comité de quadripartite en cas de dépassement budgétaire de 1% ;
- ✓ l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2012 de la débudgétisation des laboratoires hospitaliers pour l'activité extrahospitalière ;
- ✓ la mise à disposition par la CNS aux établissements hospitaliers du relevé des actes prestés aux patients par les médecins agréés.

L'EHL salue ces adaptations de texte mais continue à déplorer un plafonnement de l'enveloppe budgétaire globale tel qu'actuellement prévu.

a) L'enveloppe budgétaire globale

Etant donné que les hôpitaux sont des entités juridiques indépendantes et pleinement responsables, l'EHL demande le maintien d'un système de **budget individuel par hôpital** tout en développant de manière proactive les efforts de mutualisations et certains standards communs. En effet, les spécificités infrastructurales et organisationnelles nécessitent souvent des dotations budgétaires adaptées.

Concernant les 3% de progression annuelle de l'enveloppe globale 2011-2012, il sera nécessaire en premier lieu de préciser ce qui sera compris dans ce taux de progression (l'indice à la consommation ?, les progressions liées à la CCT ?, le glissement des carrières ?, les changements de taux de cotisation ?, l'impact des investissements immobiliers sur les budgets hospitaliers ?, des projets ponctuels comme par exemple « Maison Omega », ...) et en second lieu, de limiter cette progression forfaitaire à certaines activités, d'autres activités nécessitant une approche plus affinée (prévoir un mécanisme pour des événements sur lesquels les hôpitaux n'ont pas de maîtrise).

L'EHL insiste pour que la **progression annuelle de 3%** de l'enveloppe globale soit une **progression réelle** et non un système de progression annihilé dès le départ par des mécanismes d'intégration automatique de certaines progressions sur lesquelles les gestionnaires d'hôpitaux n'ont pas d'emprise !

Les dépenses hospitalières sont fonction de la population et des coûts liés au progrès médical. La santé de la population est elle même fonction des déterminants environnementaux et comportementaux. L'hôpital met à disposition des moyens pour l'exécution de prestations de soins. Le patient et le médecin sont les initiateurs du processus de soins et à ce titre doivent être sensibilisés, impliqués et responsabilisés sur l'importance et l'impact de leurs choix. En limitant de manière arbitraire le taux de progression de l'enveloppe budgétaire globale, les hôpitaux ne pourront plus à terme maintenir et garantir leur mission de service public, à savoir, une équité de soins et une qualité de soins à tous les patients.

En conséquence, sur ce point l'EHL résume sa position comme suit concernant les opérations budgétaires :

- ✓ l'activité ne peut pas rentrer dans le cadre d'un plafonnement du budget ;
- ✓ le taux de progression ne doit pas intégrer les automatismes cités ci-avant ;
- ✓ cette progression forfaitaire (3% pour 2011-2012) pourrait tout au plus être limitée à certaines activités, d'autres activités nécessitant de par leur complexité une approche plus affinée ;
- ✓ le budget doit prévoir une marge de sécurité permettant de couvrir des dépassements budgétaires difficilement prévisibles (pandémie, nouvelles thérapies, médicalisation de la société, vieillissement de la population...);
- ✓ concernant la procédure de détermination de l'enveloppe globale et la détermination de l'évolution de l'activité, l'EHL demande également la mise en place d'une plate-forme de négociation permettant de tenir compte des intérêts/contraintes des différents établissements. D'autre part, l'EHL devrait être consultée à un même titre que la CNS et la CPH pour ce qui est du rapport d'analyse prévisionnel à établir par l'IGSS ;
- ✓ des règles claires de décompte devront être établies en cas de dépassements des budgets hospitaliers suite à des hausses de coûts sur lesquelles les gestionnaires d'hôpitaux n'ont pas d'emprise ;

- ✓ enfin, l'EHL rappelle la nécessité d'officialiser un modèle budgétaire intégrant une logique d'incitants. En effet, ces mécanismes permettent aux structures hospitalières de dynamiser les acteurs de la chaîne de soins et sont un moyen pour faire évoluer le système vers plus d'efficacité, au bénéfice du patient (cf. en ce sens aussi le point c) ci-après).

b) Le calendrier des négociations et la durée de l'exercice budgétaire

Concernant la durée de l'exercice budgétaire, l'EHL accepte l'idée d'un budget prévisionnel sur 2 ans à condition de prendre en compte les considérations et demandes détaillées ci-avant et ci-après :

- ✓ Suivant le texte du projet de loi, le premier budget bi-annuel serait à remettre le 1er mars 2011 pour les exercices 2011 et 2012. Etant donné ces délais très courts et sachant que les établissements hospitaliers ont déjà remis leurs budgets 2011, il serait souhaitable que les budgets 2011 et 2012 soient encore établis suivant la réglementation actuelle.
- ✓ La remise des projets de budgets soit réalisée le 1er octobre 2012 et non pas le 1er juillet 2012 pour les périodes 2013-2014. L'enjeu est de réaliser une élaboration fiable et concertée qui est seulement possible endéans ce délai raisonnable ;
- ✓ Les hôpitaux ne devront pas subir de préjudices liés au principe de la liberté thérapeutique médicale ;
- ✓ Pour les années suivantes, concernant la procédure de détermination de l'enveloppe globale et la détermination de l'évolution de l'activité, une plate-forme de négociation permettant de tenir compte des intérêts des différents établissements devra être mise en place ;
- ✓ Les négociations budgétaires devront débuter au plus tard le 15 novembre pour aboutir le 28 février, afin de disposer d'un budget prévisionnel dès la première année budgétaire ;
- ✓ Le budget contiendra une marge de sécurité permettant de couvrir des dépassements budgétaires non prévus ;
- ✓ La dotation du personnel et tous les autres postes budgétaires calculés seront adaptés en fonction des exercices budgétaires antérieurs et de l'évolution de l'activité. A noter qu'une complexification du système budgétaire (système mixte forfaitaire, système full cost) nécessitera pour sa mise en place et son suivi, plus de compétences et de personnel administratif.
- ✓ Il convient de ne pas perdre de vue que l'établissement d'un budget sur deux ans implique logiquement la rédaction d'un document des normes également sur une période de deux ans. On peut se poser la question comment seront adaptés p.ex. les heures à travailler, la fourchette de dotation en personnel, les résultats des audits PRN, etc.
- ✓ L'EHL soutient le principe d'une comptabilité analytique documentant la maîtrise et la comparabilité du coût total en impliquant les prescripteurs dans la gestion et le contrôle des processus.

L'EHL insiste également pour que les délais de procédure soient respectés par la CNS. La convention EHL-CNS et les réglementations en vigueur doivent être respectées.

Afin de permettre une meilleure gestion des délais, il sera proposé à la CNS d'utiliser directement les fichiers électroniques des hôpitaux plutôt que de tout recopier manuellement. Il est donc proposé d'organiser un système à gérer via une communication électronique à l'image des procédures déjà en vigueur avec l'administration des contributions.

c) Les incitants

L'EHL s'accorde aussi pour revendiquer la mise en œuvre d'un système budgétaire intégrant une logique d'incitants pour honorer les efforts de rationalisation. Il serait utile, voire nécessaire de prévoir des mécanismes qui permettraient aux établissements d'investir les économies réalisées dans d'autres domaines, sans perdre le fruit financier de ces économies.

D'autre part, il faudrait prévoir une rémunération adéquate des acteurs médecins dans le cadre de leur implication dans des réunions multidisciplinaires et des tâches organisationnelles pour l'hôpital. Une telle approche misant plutôt sur des structures et des procédures innovatrices des hôpitaux que sur de simples structures de contrôle telles que développées dans le texte du projet de loi serait un investissement à valeur ajoutée élevée, garant d'une saine motivation des acteurs dans l'intérêt de la Qualité des services aux patients.

Le système de la prime Qualité prévu à la convention-cadre EHL/CNS devra également être maintenu car il constitue un des seuls éléments clés déjà existants pour améliorer de manière continue les processus.

III. La documentation

a) La Nomenclature

L'EHL souhaite un système de codification uniforme et national valable des actes et des procédures médicales et soignantes.

L'EHL souhaite d'autre part que la documentation et l'évaluation des activités soit améliorée, et en ce sens demande de veiller à la transparence de l'activité médicale à l'hôpital avec la mise en place d'un système de contrôle objectif basé sur une documentation correctement réalisée (ce genre de contrôle ne peut se faire sous la responsabilité des établissements via les équipes soignantes).

Alors que la mise en place progressive d'un système « coûts complets » est envisageable, certains pré-requis devront être garantis, notamment la mise en place d'une nomenclature médicale adaptée en cohérence avec le système de codification, ainsi qu'une responsabilisation du corps médical par rapport aux budgets alloués.

L'EHL marque son accord avec la mise en place d'un dossier patient informatisé standardisé et interopérable via une meilleure harmonisation des systèmes informatiques, à condition que la question du financement soit réglée.

Vu l'impact important de la nomenclature en tant qu'incitatif sur le comportement des prescripteurs engendrant les frais à gérer dans les hôpitaux, il est incontournable d'associer les hôpitaux à sa mise en place. Les clés du système se situent en effet au niveau de la nomenclature. Nous savons que l'orientation et la planification du système sont réalisées via la nomenclature des actes. Or, une majorité d'actes est réalisée au niveau de l'hôpital. La nomenclature a un impact sur l'activité médicale et donc sur l'activité hospitalière (dotation en personnel et investissements) et les budgets hospitaliers (frais variables).

D'autre part, pour les établissements avec des médecins salariés, il existe un impact direct sur les comptes annuels de l'hôpital. Plusieurs hôpitaux occupent aussi des médecins

auxquels ils garantissent une rémunération forfaitaire. Il serait dès lors inconcevable que les hôpitaux ne soient pas directement impliqués au sein de la commission de nomenclature et restent sans droit d'initiative en ce qui concerne la détermination de la valeur pécuniaire des actes prestés par ces médecins.

L'EHL souhaite aussi que l'activité des médecins non-directement liée à l'acte médical soit considérée dans la nomenclature. Sur ce point l'EHL renvoie aux considérations développées sous le point c) incitants ci-avant. En effet, les tâches et missions telles que prévues au texte du projet de loi pour la médecine hospitalière nécessitent une telle approche.

L'EHL avait dans son avis relatif au texte de l'avant-projet de loi adressé le 24 septembre 2010 au Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale, exprimé son désir de pouvoir intégrer la commission de nomenclature. L'EHL lit avec satisfaction dans le texte du projet de loi no. 6196 que sa demande a été considérée. Cet important changement dans la composition de cette commission permettra enfin à un représentant des hôpitaux de participer directement aux travaux de la commission de nomenclature, ce qui est crucial étant donné les conséquences de la nomenclature des actes médicaux sur le fonctionnement de l'hôpital.

b) La communication

Un système de communication des données anonymisées liées à l'activité médicale à l'hôpital devra être mis en place afin de permettre aux gestionnaires des hôpitaux de considérer efficacement et de gérer les éléments d'information ayant une incidence financière et budgétaire. Le texte de loi devrait régler la question de la protection des données à caractère personnel y afférente.

IV. L'association d'établissements hospitaliers et les mutualisations

a) L'organisation des soins médicaux

L'EHL rappelle sa position déjà exprimée

1. De persévérer dans ses efforts de création d'une **plate-forme permanente de collaboration interhospitalière** avec les directeurs médicaux et les représentants des conseils médicaux concernant ces activités. Cette plate-forme travaille actuellement sur un certain nombre de pistes réalistes basées sur des critères objectifs.
2. d'œuvrer ensemble en vue de la création de **Centres de compétences**.

L'EHL constate un manque de détails pour la mise en place des nouveaux concepts de centres de compétences et de filières de soins intégrées. Comment vont-ils s'articuler avec les terminologies existantes (service national, service spécialisé, service de soins, etc.) ? L'EHL demande d'être étroitement associé à l'établissement du règlement grand-ducal afférent.

Dans le cadre de la **détermination des normes des services médicaux** et de chaque type de service en général (art. 10 de la loi hospitalière de 1998) le point 2 est amendé par le projet de loi en y intégrant les « modalités de documentation de l'activité », ce qui est nécessaire pour répondre aussi aux besoins de l'Agence Nationale des Informations Partagées comme de la Commission permanente pour le secteur hospitalier (CPH) et du

Comité National de Coordination de l'Assurance Qualité des Prestations Hospitalières
CoNaQual PH.

Il faut néanmoins rendre attentif au fait que depuis la promulgation de la loi en 1998, aucun règlement grand-ducal n'a été pris au niveau de normes quelconques. Jusqu'à présent le législateur a laissé aux contractants EHL et CNS le soin de définir des normes de dotation (Commission des Normes EHL/CNS) et dans un certain sens aussi des normes qualitatives. Il serait opportun que le législateur officialise cet état des choses au niveau des normes de dotation et permette à cette commission de disposer de toute information complémentaire de politique de santé publique et planification hospitalière pouvant influencer ces normes de dotation afin de répondre aux objectifs de cet article de la loi. Par ce biais cette commission pourrait devenir un organe consultatif « obligatoire » de la CPH en cas d'avis sur la planification hospitalière.

Dans ce contexte il faudrait au niveau de cet article du projet de loi revoir, respectivement préciser les modalités d'avis sur base de l'art 19 actuel de la loi hospitalière (cf. CPH). De plus, il faudrait élargir les compétences du CoNaQual PH dans le sens qu'il serait entendu d'office en son avis en ce concerne la planification hospitalière et surtout en ce qui concerne la définition des critères minima de qualité de prise en charge et sécurité du patient et du personnel ainsi que des modalités des rapports qualité à fournir par les hôpitaux et les médecins agréés au niveau des résultats cliniques des prises en charge (dont aussi en ce qui concerne les infections nosocomiales).

b) Numerus clausus

Si l'EHL peut marquer son accord avec une certaine régulation de l'offre médicale, elle ne peut acquiescer au concept de numerus clausus pour la population médicale à l'hôpital. En effet un numerus clausus « médical » combiné aux effets d'un budget global constitue la définition même d'une régression de la Qualité des soins à l'hôpital et est contraire aux principes d'une médecine libérale que le gouvernement dans sa déclaration de coalition veut cependant sauvegarder. Les dérives sont inévitables avec une telle approche qui favorise l'extrahospitalier et handicape gravement la pilotabilité du secteur. Comment gérer efficacement une population médicale confrontée à de nombreuses répercussions liées à une grande diversité des modalités d'exercice de la médecine, comme par exemple l'impact de la féminisation grandissante de la profession ou à des impératifs dictés par les assureurs en raison de la réglementation communautaire par rapport au temps de travail ?

Certes, l'EHL constate que cette disposition a été reformulée, le terme de « numerus clausus » ayant été remplacé par « la planification des services hospitaliers, y compris les nombres minimal et maximal de médecins pouvant être agréés, en fonction des besoins du pays en services hospitaliers » et déplacée du chapitre consacré aux budgets hospitaliers pour la replacer dans le chapitre consacré à la planification hospitalière, mais le problème subsiste quant au fond.

Pour le surplus, l'EHL renvoie également à ses observations déjà formulées dans le cadre du préambule au présent avis pour ce qui est de l'évolution des nouvelles technologies et de la demande conséquente des bénéficiaires de soins de santé. On ne peut pas juguler la demande grandissante de soins en freinant seulement l'offre de services par un numerus clausus des médecins.

c) Les mutualisations

Une participation aux efforts de coordination centrale d'activités administratives, logistiques et techniques est à développer pour les années à venir. Ceci pourra s'articuler via des négociations communes ou par regroupement de compétences existantes, respectivement de partage d'infrastructures. Des actions communes ont déjà bien progressé au niveau de l'informatique et de l'achat central. Ces actions seront maintenues et approfondies.

→ L'achat central

Cette activité est incontestablement une activité commune à prioriser. De nombreux efforts ont déjà été réalisés. Des objectifs supplémentaires sont programmés.

La collaboration développée avec les pharmacies hospitalières depuis 1995 a mené à une concertation au niveau des prix d'achats dans de nombreux domaines, que ce soient les dispositifs médicaux, les médicaments ou d'autres produits. Cette action a été menée dans un groupement d'achat composé notamment des pharmaciens du secteur hospitalier et formalisé à l'EHL.

Les gains réalisés par les négociations communes de 2007 à 2009 au niveau du groupement d'achat médical, calculés à partir des prix négociés jusqu'en 2007 individuellement par les hôpitaux s'élèvent à 5.710.000 €.

A l'image de ce succès, l'EHL entend développer son activité « achat central » à d'autres produits et équipements. Une approche commune pour la passation d'importants marchés publics est en cours depuis 2009 et forte d'une expertise juridique et économique nécessaires, l'EHL est maintenant à même de mener à bien un nombre conséquent de marchés de biens et de services dans l'intérêt du secteur.

→ L'informatique / L'Agence Nationale des informations partagées dans le domaine de la santé

L'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois a pris connaissance de la volonté de création d'une agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé. Une telle approche est intéressante si l'on considère qu'il faut absolument canaliser les activités de l'ensemble des acteurs de la santé dans le cadre de la gestion de l'information.

Il faut cependant bien distinguer cette approche par rapport à l'initiative de mutualisation de l'informatique que les établissements hospitaliers sont en cours de réaliser et qui mènera selon une roadmap définie de 2011 à 2015 à une rationalisation de la gestion informatique dans le domaine du hardware, du software, de la maintenance et aussi du développement, respectivement de l'implémentation applicatif.

Le Centre Informatique sectoriel (CIS) sera la structure opérationnelle pour gérer les projets et les activités mutualisés des hôpitaux dans ce domaine. Il travaillera en cohérence avec la nouvelle structure « Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé » prévue au texte de l'avant-projet de loi. En ce sens, l'EHL participera aux travaux de la nouvelle Agence pour permettre une bonne implication et coordination des activités de la structure CIS des hôpitaux. Le CIS est une structure essentielle pour une bonne gestion de l'information et de l'informatique des hôpitaux. La montée en charge de la structure repose sur une étude réalisée par Deloitte et l'EHL.

développe actuellement un business plan détaillé sur base de cette étude. L'EHL revendique donc la reconnaissance du CIS dans le texte de la nouvelle loi.

Le financement du CIS sera à assurer :

1. par un investissement de création du CIS via la procédure prévue à la loi hospitalière,
2. par la mutualisation d'une partie des budgets informatiques hospitaliers,
3. par des budgets attribués par la future Agence Nationale des Informations Partagées pour des projets du périmètre de l'Agence.

Dans un souci de bonne utilisation des fonds publics, la collaboration entre Agence et CIS assurera un important potentiel d'économies du fait qu'une partie substantielle des développements à réaliser par le CIS dans le cadre de la mise en place de projets informatiques hospitaliers communs et de projets d'interopérabilité et d'échange d'informations entre établissements hospitaliers pourra être récupérée par l'Agence dans une approche nationale

Les infrastructures hospitalières non mutualisées resteront hors CIS et continueront à être financées via les budgets individuels.

En conclusion sur ce point, la décision de tous les établissements hospitaliers de participer à ce projet de mutualisation témoigne de leur volonté de poursuivre une politique de maîtrise des coûts et nous pensons qu'il est indispensable d'intégrer la description sommaire ci-dessus dans le projet de réforme comme un signal fort des organes de tutelles d'accompagner l'EHL dans la réalisation de ce projet ambitieux.

L'EHL souhaite d'autre part bénéficier d'une représentativité adéquate au niveau de la future Agence pour prendre en compte les intérêts du secteur.

→ Les laboratoires de biologie médicale des hôpitaux

Ici aussi l'EHL entend rappeler sa position exprimée dans sa prise de position précitée du 15 mars 2010 alors que nous avons constaté que le texte du projet de loi n'a pas intégré nos propositions.

En considérant que le laboratoire fait partie de l'activité de chaque hôpital et qu'actuellement, même après la fusion en cinq entités, il existe encore sept laboratoires hospitaliers avec des coûts d'investissement et d'exploitation élevés et une évolution technologique galopante, l'EHL conclut à la nécessité de repenser le mode de fonctionnement des laboratoires hospitaliers.

Sans vouloir entrer dans les détails exposés le 15 mars 2010, l'EHL préconise le modèle de centres régionaux avec pôles de spécialisation. Chaque hôpital disposera d'un laboratoire pour les urgences. Chaque région disposera d'un plateau technique pour les activités de base : analyses courantes et urgences. Pour la région centre les trois hôpitaux acceptent de discuter une concentration de leurs moyens aussi pour les activités de base. Les activités spécialisées seront concentrées dans des centres de compétences uniques pour le pays : allergologie, microbiologie, sérologie (pour certains tests), immunogénétique, immunopathologie, biologie moléculaire, cytométrie.

L'EHL propose de réaliser une structure juridique commune (GIE ou autre forme juridique), afin de réaliser ce projet de mise en commun des laboratoires, et donc aussi du personnel affecté à ces activités.

L'EHL propose aussi d'intégrer dans cette structure commune à créer les activités du LNS directement en rapport avec les activités cliniques, tout en restant localisées dans les nouveaux bâtiments en construction. L'EHL attend de cette intégration dans le secteur hospitalier une réponse aux critiques actuelles concernant les prestations du LNS. L'EHL souhaite que le statut de ce secteur du LNS se rapproche de celui des autres acteurs hospitaliers.

d) Conflits d'intérêts

En vue d'une bonne organisation du service hospitalier, nous voudrions encore attirer l'attention du Ministre sur le risque de conflits d'intérêts pouvant surgir dans le chef de certaines personnes impliquées tant au niveau des hôpitaux que des organes décisionnels de tutelle. L'EHL plaide pour un texte ne laissant que peu de place à la survenance d'éventuels litiges et mise sur des actions menées ensemble de manière neutre, objective et constructive.

Conclusion générale

Le présent avis ne constitue pas une prise de position détaillée sur tous les points du projet de loi mais reflète les réserves du secteur hospitalier vis-à-vis de certains éléments de cette réforme entamée sous la menace réelle de la crise financière mais qui risque d'aboutir à des effets contraires aux objectifs recherchés notamment au niveau de la Qualité et du financement des soins de santé.

L'EHL salue l'ouverture faite par le texte du projet de loi pour un cadre de la médecine hospitalière et insiste pour que le texte de l'article 31 reste un acquis.

L'EHL souhaite une implication des médecins dans les tâches organisationnelles de l'hôpital avec une contrepartie incitative dans l'intérêt de la Qualité et des patients. L'EHL préfère une approche motivante plutôt qu'une approche fondée principalement sur des mécanismes de contrôle et de sanctions qui risquerait de porter préjudice à l'attractivité de la médecine hospitalière.

L'EHL n'accepte pas non plus le *numerus clausus* tel que défini par le projet de loi. Il n'est en effet pas possible de juguler la demande grandissante de soins en freinant seulement l'offre de services par un *numerus clausus* des médecins hospitaliers.

L'EHL tient à souligner qu'elle ne peut accepter une progression budgétaire annuelle plafonnée à 3% de l'enveloppe globale qui de plus inclurait certains automatismes développés ci-avant. Une progression ainsi limitée mènerait à une quasi impossibilité pour les gestionnaires des hôpitaux à piloter l'activité des médecins prescripteurs.

En raison de la multitude de règlements grand-ducaux restant à prendre et dont le contenu est inconnu à l'heure actuelle, ainsi que des remarques formulées ci-avant, l'EHL émet ses plus fortes réserves sur certains points importants du texte du projet de loi no. 6196 sous rubrique.

Mais en tant qu'association réunissant les établissements hospitaliers, l'EHL est prête à jouer son rôle et à s'impliquer pleinement dans les grands projets d'avenir du secteur

hospitalier, ceci ensemble avec tous les acteurs concernés. L'EHL souhaite que les prérequis pour une action constructive des acteurs des hôpitaux soient donnés et lance un appel pour que le texte de loi dans sa version définitive intègre les adaptations nécessaires en ce sens. L'EHL insiste donc pour être impliquée directement au niveau des prochaines consultations, également dans le cadre des discussions relatives à l'activité médicale à l'hôpital qui pourraient être menées lors d'une éventuelle médiation telle que demandée par l'AMMD.

Marc HASTERT
Secrétaire Général

Paul JUNCK
Président



UNION DES ENTREPRISES
LUXEMBOURGEOISES

- ANNEXE 2 -

SOIGNER MIEUX EN DEPENSANT MOINS

**Feuille de route de l'UEL pour réformer efficacement
le système de soins de santé**

UEL, le 7 octobre 2010



UNION DES ENTREPRISES
LUXEMBOURGEOISES

Le système de soins de santé au Luxembourg

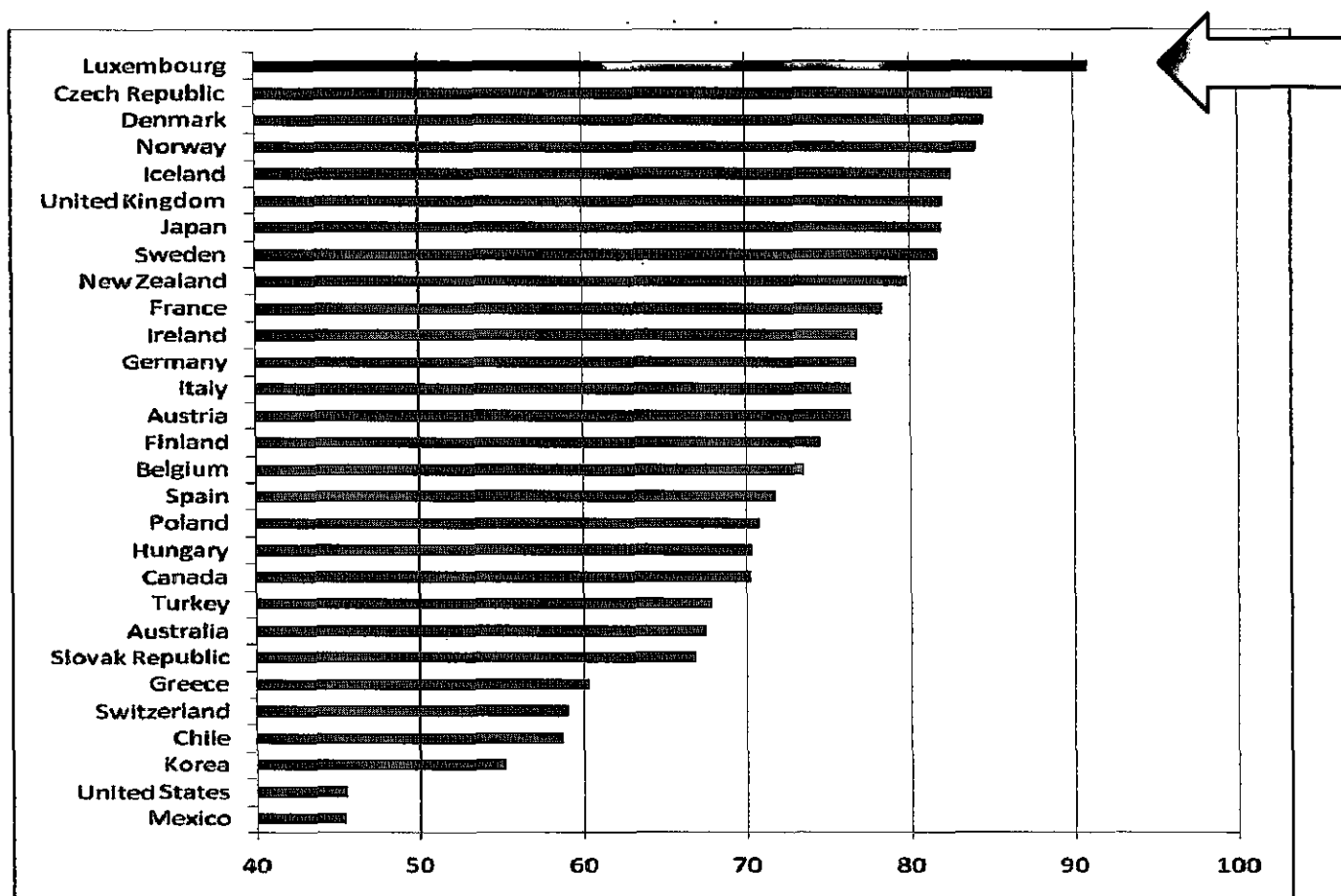
Union des Entreprises Luxembourgeoises - UEL
7, rue Alcide de Gasperi Luxembourg-Kirchberg
Boîte postale 3024 L-1030 Luxembourg

UEL Copyright 2005. All rights reserved.



UNION DES ENTREPRISES
LUXEMBOURGEOISES

Proportion du financement public en % du total des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE en 2007



Source : OCDE, Eco-santé 2010



UNION DES ENTREPRISES
LUXEMBOURGEOISES

1ère PARTIE

SOIGNER MIEUX...



UNION DES ENTREPRISES
LUXEMBOURGEOISES

Une meilleure offre de soins

- Une offre médicale plus adéquate
- La redéfinition des nomenclatures des prestataires
- Les médicaments
- Les laboratoires
- La prise en charge directe
- Le dossier personnel et le partage des données
- Le financement des prestations de maternité



UNION DES ENTREPRISES
LUXEMBOURGEOISES

Une rationalisation de l'offre hospitalière

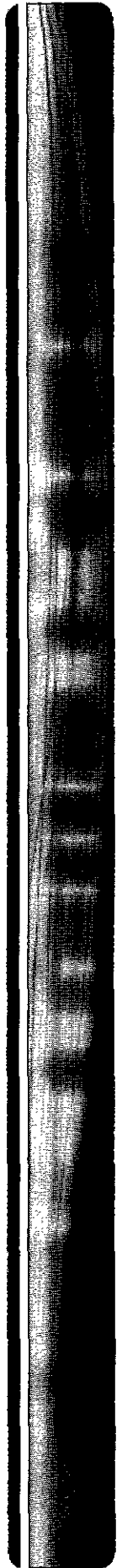
- La planification hospitalière
- La chirurgie ambulatoire
- La démographie médicale en milieu hospitalier
- La budgétisation des établissements hospitaliers et la comptabilité analytique
- Le Comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières
- La Commission permanente du secteur hospitalier



UNION DES ENTREPRISES
LUXEMBOURGEOISES

2ème PARTIE

...EN DEPENSANT MOINS





**UNION DES ENTREPRISES
LUXEMBOURGEOISES**

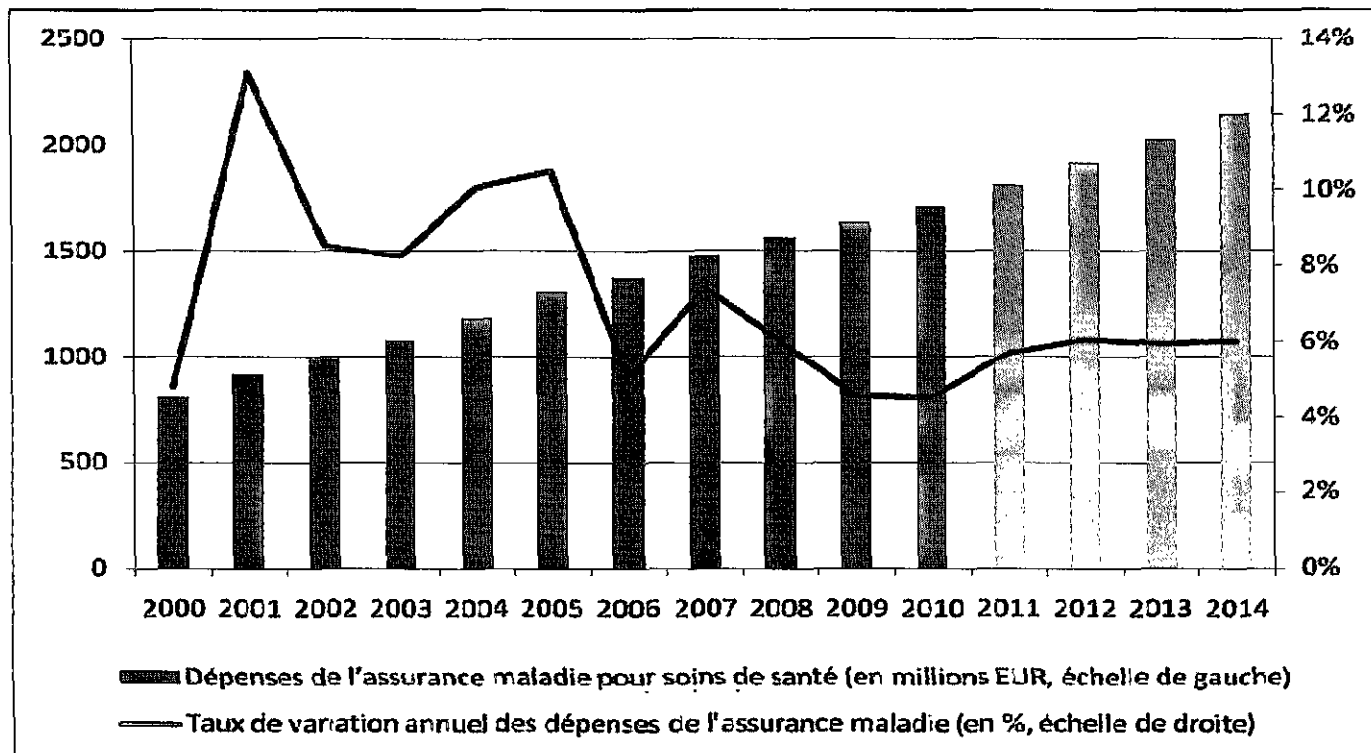
Maîtriser les dépenses de santé

Union des Entreprises Luxembourgeoises - UEL
7, rue Alcide de Gasperi Luxembourg-Kirchberg
Boîte postale 3024 L-1030 Luxembourg



UNION DES ENTREPRISES
LUXEMBOURGEOISES

A politique constante: Une progression moyenne des dépenses pour soins de santé de l'ordre de 6% par an entre 2011 et 2014

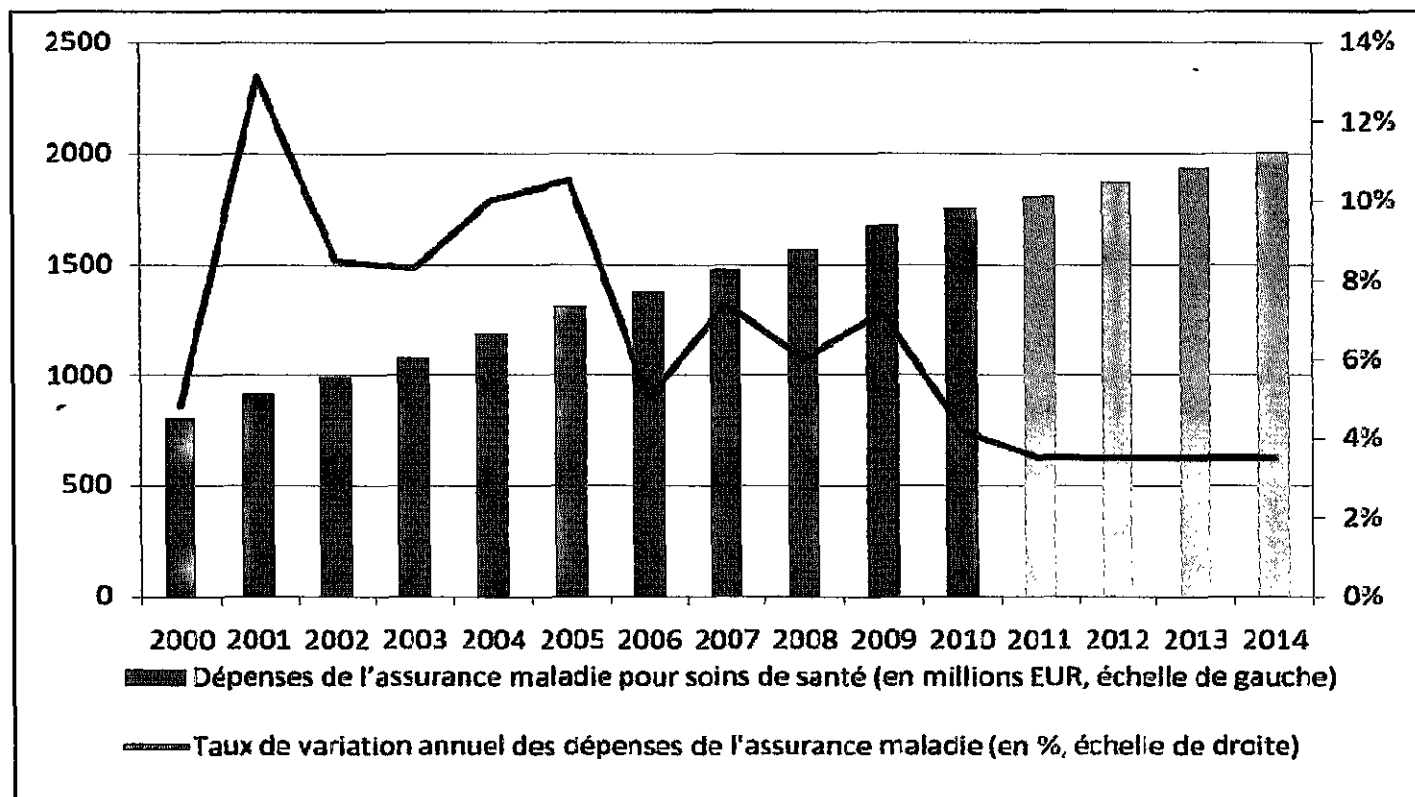


Source : Ministère de la Sécurité sociale et calculs UEL



UNION DES ENTREPRISES
LUXEMBOURGEOISES

Le projet du Gouvernement: Une progression moyenne des dépenses pour soins de santé de l'ordre de 4% par an entre 2011 et 2014

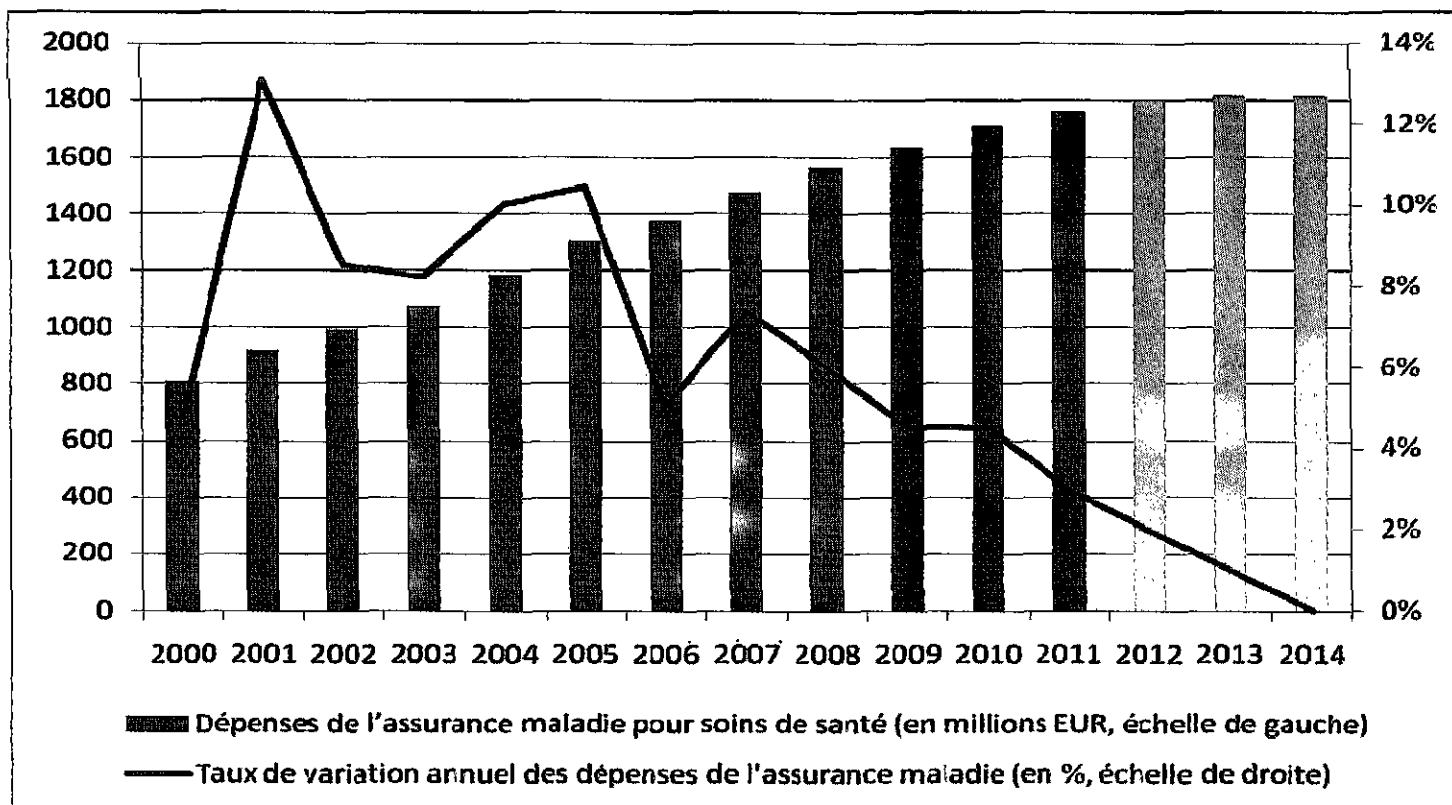


Source : Ministère de la Sécurité sociale et calculs UEL



UNION DES ENTREPRISES
LUXEMBOURGEOISES

La proposition de l'UEL: un taux de progression maximal des dépenses pour soins de santé dégressif



Source : Ministère de la Sécurité sociale et calculs UEL



**UNION DES ENTREPRISES
LUXEMBOURGEOISES**

Maintenir des salaires compétitifs et attractifs

Union des Entreprises Luxembourgeoises – UEL
7, rue Alcide de Gasperi Luxembourg-Kirchberg
Boîte postale 3024 L-1030 Luxembourg



UNION DES ENTREPRISES
LUXEMBOURGEOISES

Ne pas augmenter les taux de cotisation pour soins de santé

L'effet signal que constituerait toute augmentation des taux de cotisations pour soins de santé (aussi marginale soit-elle) présente des risques systémiques pour le développement futur de l'économie luxembourgeoise en termes de:

- compétitivité-coût,
- d'attractivité des salaires
- de gestion financière du système de soins de santé.



UNION DES ENTREPRISES
LUXEMBOURGEOISES

3ème PARTIE

...ET EN MODERNISANT LE FONCTIONNEMENT DE LA CNS



UNION DES ENTREPRISES
LUXEMBOURGEOISES

Moderniser le fonctionnement de la CNS

L'UEL demande une réforme en profondeur
des structures de la CNS à travers :

1. un comité de surveillance
2. une direction exécutive
3. la mise en place d'un contrôle externe



UNION DES ENTREPRISES
LUXEMBOURGEOISES

Conclusions

- **La réforme manque d'ambition et d'envergure**
 - Il faut réformer le système de manière à éviter tout relèvement de cotisation

- **L'UEL réfute toute augmentation des charges patronales**
 - Le cas échéant, gel de la participation patronale dans le financement de la CNS
 - Assumant largement le financement des prestations en espèces, l'UEL demande une responsabilisation accrue des assurés et des autres parties prenantes en matière de soins de santé

- **L'UEL propose d'améliorer la gouvernance de la CNS**
 - Les organisations patronales conditionnent leur participation aux organes de la CNS

05

CHAMBRE DES DÉPUTÉS

Session ordinaire 2010-2011

MB/TB/AF

Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

Procès-verbal de la réunion du 28 octobre 2010 (à 10.00 heures)

ORDRE DU JOUR :

- 6196 Projet de loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant:
1. le Code de la Sécurité sociale;
 2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers
- Rapporteur : Madame Lydia Mutsch
 - Entrevue avec une délégation de l'Association des médecins et médecins-dentistes
 - Entrevue avec une délégation du Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois
 - Entrevue avec une délégation de la Fédération luxembourgeoise des laboratoires d'analyses médicales

*

Présents : Mme Sylvie Andrich-Duval, M. Félix Braz, M. Jean Colombera, Mme Claudia Dall'Agnol, Mme Lydie Err, M. André Hoffmann, M. Jean Huss, M. Lucien Lux, Mme Martine Mergen, M. Paul-Henri Meyers, Mme Lydia Mutsch, M. Jean-Paul Schaaf, M. Marc Spautz, M. Carlo Wagner
M. Gast Gibéryen, observateur

M. Frank Gansen, Ministère de la Santé
M. Paul Schmit, Inspection générale de la Sécurité sociale

Dr Jean Uhrig, Dr Claude Schummer, Dr Aduccio Bellucci, Dr Jill Koullen, Dr Nico Diederich, M. Patrick Weyland, Me Gast Neu, de l'Association des médecins et médecins-dentistes

M. Théo Thiry, M. Raymond Boever, M. Alain Engel, Mme Joséane Martens-Paulus, Mme Marianne Meyers, du Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois

M. Claude Bizjak, Mme Netty Klein, de la Fédération luxembourgeoise des laboratoires d'analyses médicales

M. Martin Bisenius et Mme Tania Braas, Administration parlementaire

Excusé : M. Eugène Berger

*

Présidence : Mme Lydia Mutsch, Présidente de la Commission

*

6196 Projet de loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant:
1. le Code de la Sécurité sociale;
2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers

La commission procède à l'audition des principales organisations représentatives siégeant au sein de la quadripartite.

1) Audition des représentants de l'Association des médecins et médecins-dentistes

Dans le cadre de son exposé introductif, le président de l'AMMD Dr Jean Uhrig fait distribuer aux membres de la commission un dossier synoptique juxtaposant le projet gouvernemental et les commentaires et propositions de texte de l'association représentative des médecins et médecins-dentistes. Un résumé des principales revendications de l'AMMD est joint en annexe (annexe 1).

L'AMMD a formulé ses critiques et propositions en raisonnant par rapport au système du conventionnement obligatoire tel qu'il s'applique au Luxembourg. Dans le cadre de ce système, il a été jusqu'à présent d'une importance primordiale que l'AMMD ait pu négocier aussi bien avec la Caisse nationale de la Santé (CNS) qu'avec l'Entente des Hôpitaux (EHL) sur base d'une relation équitable de partenaires, animés de part et d'autre par un esprit de participation.

C'est sur cette base qu'a pu être négocié avec l'EHL, entre autres, le contrat type d'agrément des médecins au niveau des hôpitaux. La seule approche possible dans un système de conventionnement obligatoire est précisément celle de négociations, dans le but d'arriver à un consensus. L'AMMD n'a jamais adopté une attitude irresponsable sous forme d'exigences démesurées, mais a toujours privilégié la voie d'une solution négociée.

Or, de l'avis de l'AMMD, cet esprit de participation est tout simplement remis en question par la philosophie générale du projet, ce qui inévitablement aboutirait également à la fin du conventionnement obligatoire.

Ainsi l'AMMD se prononce pour le maintien de la Commission de surveillance dans ses attributions et sa composition actuelle. Cette commission a en principe bien fonctionné en prenant des décisions bien réfléchies et pondérées, un seul litige ayant été porté devant le Conseil arbitral durant la dernière décennie. Toutefois l'absence de nomination par le Ministre d'un magistrat président durant trois ans a engendré une accumulation de dossiers et de problèmes restant à évacuer.

Dans un même ordre d'idées, l'AMMD se prononce pour la mise en place d'une commission de nomenclature avec représentation paritaire de l'AMMD, et sans ingérence par les fonctionnaires du Ministère de la Santé. Il faut être conscient du fait que chaque pays a une autre nomenclature, ce qui interdit de faire un amalgame entre la codification internationale et la question de la fixation d'un prix pour les différentes prestations.

La définition des prestations médicales doit ressortir essentiellement de la compétence des représentants médecins au sein de cette commission et la détermination des prix à apposer aux différentes prestations relève de négociations avec la CNS, sans ingérence extérieure.

Au regard du conventionnement obligatoire des médecins, la composition paritaire de la commission de nomenclature, appelée à fixer les prix des prestations médicales, est une condition indispensable au bon fonctionnement du système. La profession médicale à vocation essentiellement libérale, ne peut accepter le carcan du conventionnement obligatoire, opposable d'office à tous les médecins, qu'à condition que toute ingérence inacceptable dans un domaine essentiellement conventionnel soit évitée.

L'AMMD considère également comme étant diamétralement contraire à l'esprit de bonnes relations entre partenaires devant présider à un système de conventionnement obligatoire, le fait que dorénavant, en cas d'échec de la procédure de médiation sur les dispositions conventionnelles obligatoires, il appartiendrait au ministre d'arrêter les dispositions afférentes. Selon l'AMMD, ce mécanisme constitue une véritable incitation à la Caisse nationale de Santé de faire systématiquement échouer les négociations sur ces matières conventionnelles pour transférer ainsi le véritable pouvoir décisionnel au ministre.

Le secrétaire général de l'AMMD le Dr Claude Schummer ajoute que la convention conclue avec la CNS règle des aspects importants de l'exercice de la médecine libérale, ce qui ne pose pas problème aussi longtemps que cette réglementation est arrêtée d'un commun accord. Or, le pouvoir décisionnel que le projet tend à reconnaître dorénavant au ministre en cas d'échec de la médiation, implique que les médecins pourraient à l'avenir se voir imposer unilatéralement des contraintes incompatibles avec le libre exercice de la médecine. A titre d'exemple, on peut citer les références médicales opposables qui constituent en quelque sorte des lignes directrices de traitement de patients atteints d'une même pathologie. Or, il convient de faire preuve d'une très large prudence face à ce genre de standardisation des traitements, qui s'oppose à l'indispensable approche individuelle devant guider la médecine.

L'AMMD s'oppose à se voir imposer ce genre de standards dont il est démontré qu'ils ne respectent souvent pas les besoins individuels du patient et qu'ils peuvent même engendrer une discrimination en fonction du sexe ou de la race du patient. A l'avenir, en cancérologie par exemple, la démarche à suivre se situe exactement à l'opposé dans la mesure où les thérapies pourront être adaptées individuellement au patient en fonction de prédispositions génétiques. L'AMMD s'oppose à toute tentative d'introduire une médecine standardisée "à la chaîne". Sous cet angle de vues, la question du conventionnement obligatoire dépasse donc largement les aspects purement financiers, mais touche aux fondements d'une médecine de qualité.

Depuis la réforme de 1992, la masse des honoraires des médecins est fonction de la masse salariale cotisable et est essentiellement influencée par deux facteurs, à savoir le nombre des prestations et l'évolution de la démographie médicale.

Or, au cours des dernières années la démographie médicale a augmenté de façon substantielle, ceci notamment en raison des besoins nés de la mise en place respectivement de l'extension d'infrastructures hospitalières modernes.

Au cours des dernières années, le corps médical a dû subir et absorber en quelque sorte dans sa masse d'honoraires les effets de cette augmentation dans le cadre des négociations avec la CNS. Ainsi si le revenu moyen d'un médecin a représenté encore 100 points en 2005, il n'était plus que de 94 en 2007 (suivant données statistiques disponibles auprès de la CNS).

Il est vrai que la fixation de la masse des honoraires respecte l'évolution démographique de la population. Cependant l'AMMD est sans moyen d'intervention aucun en ce qui concerne l'évolution de la démographie médicale, surtout si cette dernière se trouve encore "stimulée" par des décisions ministérielles concernant l'acquisition d'appareillages médicaux lourds. Aussi faut-il savoir que l'agrégation d'un médecin supplémentaire en milieu hospitalier est accompagnée en moyenne par l'engagement de 9 salariés (assistants médicaux et techniques, secrétariat, etc.) ce qui a évidemment pour effet de gonfler le coût du système.

Selon l'AMMD, depuis la réforme de 1992, la situation juridique du conventionnement obligatoire a fondamentalement changé suite aux arrêts de la Cour de Justice des Communautés européennes Kohll et Decker du 28 avril 1998. Cette jurisprudence permet à l'assuré, certainement en traitement ambulatoire, à se faire rembourser par la CNS, sans autorisation préalable, des prestations de santé lui dispensées à l'étranger. Cette jurisprudence a eu comme effet que la situation concurrentielle des médecins luxembourgeois enfermés dans le carcan rigide du conventionnement, ne repose plus sur des bases équitables par rapport aux confrères étrangers et s'est par conséquent dégradée.

Le président de l'AMMD Dr Jean Uhrig considère qu'une erreur logique dans la philosophie générale du projet réside dans le lien artificiel, qu'il tend à instituer dans un système de médecine libérale entre la situation économique de l'assuré patient et la prestation médicale à offrir.

Le médecin défend en tout état de cause l'intérêt du patient et offre à ce titre la meilleure prestation possible, y compris par exemple le choix du matériel technique. Il peut arriver que la situation financière du patient ne permet pas d'assumer ce choix. Or ce problème, à traiter à un autre niveau, n'a rien à faire avec la prestation médicale elle-même dont l'offre et la responsabilité doivent rester dans la compétence exclusive du médecin.

Ainsi dorénavant la direction d'un hôpital, dans le but de comprimer les frais variables, sera tentée de s'ingérer, par exemple dans le choix du matériel d'une prothèse, plus ou moins sophistiquée, sans toutefois prendre la responsabilité de ce choix qui continuera de devoir intégralement être assumée par le médecin.

D'où la nécessité d'opérer un choix fondamental, à savoir soit préserver l'exercice libéral de la médecine et laisser au médecin, sous sa responsabilité, la liberté des choix thérapeutiques et techniques dans l'intérêt du patient, soit doter les médecins du statut de salariés de la CNS qui devrait dans cette hypothèse également endosser une large part de responsabilité par rapport au patient.

Il faudra opter pour l'un ou l'autre modèle, toute solution intermédiaire n'étant tout simplement pas faisable.

Quant aux filières de soins que le projet de réforme propose d'instituer, l'AMMD remarque qu'il s'agit d'un système de prise en charge thérapeutique collective du patient avec responsabilité collective pour une pathologie déterminée, calqué sur un système analogue introduit en France sous le Gouvernement Jospin (1997 - 2002). Ce système n'a pas fonctionné en France et a été remplacé en 2004 par le "parcours de soins" qui tout en garantissant au patient de bénéficier des meilleures pratiques préserve son libre choix et lui permet de décider lui-même sur différentes possibilités s'offrant à l'intérieur de son parcours

de soins. L'AMMD doit dès lors exprimer son étonnement que le Gouvernement luxembourgeois propose à présent de reprendre un système dont l'impraticabilité a été démontrée en France et qui s'y trouve aboli depuis 2004.

A ce niveau encore, l'AMMD doit récuser la tentative que l'on retrouve dans de nombreux articles du projet de restreindre, par toutes sortes de mécanismes plus ou moins coercitifs, l'exercice libéral de la médecine.

N'acceptant pas le système de filières de soins telles que définies par le projet de loi, l'AMMD rejette également l'idée de centres de compétence dans la conception préconisée par ce même projet. Le centre de compétence tel que prévu par la réforme s'identifie en fin de compte à un ensemble de filières de soins. Il en reprend également l'esprit de restriction à la liberté thérapeutique du médecin et à la liberté de choix du patient. Le modèle de centre de compétence proposé par le projet de loi table encore sur l'idée de responsabilité collective dont le caractère ingérable a été démontré à l'étranger.

L'AMMD en appelle donc au bon sens des responsables politiques de s'inspirer d'un modèle actuellement existant, performant et faisant preuve d'excellence à tous les égards, à savoir celui de l'INCCI. Cet institut fonctionne à la satisfaction générale à l'intérieur du système de médecine libérale; il n'y a pas de prise en charge collective, mais le patient reste libre de choisir le médecin qui assure les soins sur base individuelle et en assume la responsabilité. A citer au même titre - avec certaines restrictions - la chirurgie cardiaque, le Centre Baclesse de radiothérapie et le Centre de réadaptation fonctionnelle "Rehazenter".

Le Dr Jill Koullen, président du cercle des médecins-généralistes, après avoir rappelé que les membres de son association participent à l'action syndicale de l'AMMD, souligne que depuis des années son association œuvre en faveur d'une revalorisation de la fonction de médecin-généraliste, ceci non pas prioritairement au plan financier, mais au niveau de la qualité de la prise en charge du patient. De par sa vocation profonde, le médecin-généraliste est en charge des soins de santé primaires, ceci en ne négligeant pas la "dimension psychologique et social" du patient. Si au cours des dernières années, les fonds débloqués ont été essentiellement investis dans la médecine secondaire spécialisée, il a toutefois pu être démontré qu'au niveau de l'efficacité, la médecine générale - et donc un système basé sur les soins primaires -, est pour le moins équivalent à la médecine spécialisée. Le renforcement des soins primaires pourrait être avantageux pour toutes les parties: pour le patient en ce qui concerne la qualité des soins et pour le système sous forme d'économies éventuelles.

Chaque patient devrait disposer d'un médecin généraliste auprès de qui il pourrait prioritairement "déposer" son problème de santé. L'expérience montre que 90% environ des problèmes de santé peuvent être résolus à ce premier niveau de prise en charge. Si tel n'est pas le cas, le médecin-généraliste est censé mettre au point ensemble avec son patient un parcours de soins (analyses, examens-imageries, avis d'un spécialiste) en assumant pendant ce parcours pour le patient la fonction de guide et d'instance de confiance.

Il est vrai que ces idées ne sont pas étrangères à la notion de médecin référent telle que proposée par le projet. Toutefois, le cercle des médecins-généralistes craint que la fonction de médecin référent ne soit en fin de compte autrement interprétée et pourrait servir - du moins implicitement - à des fins de contrôle. La lecture attentive du projet gouvernemental inspire aux médecins-généralistes l'appréhension qu'il ne soit abusé de la fonction de médecin référent pour octroyer à ce dernier un rôle de contrôle du patient. Le médecin référent pourrait se voir obliger à garantir l'absence d'abus dans le chef du patient et risquer des sanctions s'il ne répondait pas à cette obligation. Or, le médecin généraliste peut certes conseiller au patient, par exemple de renoncer à des examens supplémentaires, mais le patient doit en dernière instance rester libre de décider lui-même sur ce genre de questions.

Le rôle de médecin généraliste doit rester limité à cet égard à une fonction d'information et de conseil. Les médecins généralistes craignent qu'implicitement le projet ne table sur des économies pouvant ou devant être réalisées par le biais de la fonction de médecin référent et que ces économies ne doivent servir à rémunérer les prestations du médecin-généraliste en sa qualité de médecin référent. Le médecin-généraliste-référent se retrouverait ainsi dans un système de bonus-malus inacceptable. Voilà pourquoi, les médecins-généralistes souhaitent connaître au préalable la rémunération attachée aux prestations spécifiques de cette fonction.

Plus concrètement, les médecins-généralistes expriment encore la crainte qu'ils ne puissent plus garantir le secret professionnel et la confidentialité de leurs relations avec le patient, compte tenu de l'application qui pourrait être donnée en pratique au troisième tiret de l'article 19bis du projet ainsi libellé: "*de suivre régulièrement le contenu du dossier de soins partagé de l'assuré visé à l'article 60quater*". Dans cette hypothèse, toute relation de confiance avec le patient se trouverait anéanti.

*

En fin de réunion, le président de l'AMMD mentionne d'autres critiques concernant les points centraux suivants:

- l'ingérence totalement inacceptable du Contrôle médical dans le traitement du patient;
- la création d'organismes de supervision dépendant exclusivement du Ministère de la Sécurité sociale, ce qui est caractéristique d'une vision exclusivement économique du système. Ceci est aussi contraire p.ex. au statut de la Haute Autorité de Santé en France qui est indépendante et qui ne néglige pas la dimension médicale des problèmes;
- la remise en cause - coupable et irresponsable selon l'AMMD - du secret médical;
- le remplacement de la notion de revalorisation des tarifs dans la législation actuelle par celle d'adaptation, expression permettant également des abaissements en fonction de la situation économique;
- la généralisation inacceptable du tiers payant pour les honoraires médicaux à l'hôpital.

Pour conclure, l'AMMD rejette le projet de loi en ce qu'il représenterait le passage d'un système conventionnel, sur base de l'exercice libéral de la médecine, vers un système réglementé. Il s'agirait donc d'un changement fondamental de système que l'AMMD se doit de récuser vigoureusement.

L'AMMD est disposé à reprendre le dialogue, fût-ce sous forme écrite, avec les auteurs du projet de loi, à condition que ces derniers soient à leur tour prêts à renoncer au diktat qui a prévalu jusqu'à présent.

2) Audition des représentants du Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois

Le Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois a communiqué à la Chambre des Députés un résumé de ses principales doléances et propositions. Ce document a été transmis aux membres de la commission et figure à l'annexe 2 du présent procès-verbal.

En guise d'introduction, le Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois informe la Commission que:

- lors d'une entrevue avec le Ministre de la Sécurité sociale, ce dernier lui a signalé qu'il est conscient du problème concernant l'abattement accordé par les pharmaciens à la CNS et que le taux actuel de l'abattement ne subirait pas de modifications;
- pour établir les prévisions des coûts des produits pharmaceutiques pour l'année 2010, l'IGSS s'est basée sur les chiffres de 2009 (160 millions d'euros) et les a majorés de 5,5%, ce qui correspond à 169 millions d'euros. Force est de constater que ces estimations sont fausses, étant donné que le taux de croissance des frais pour produits pharmaceutiques s'élevait de janvier à août 2010 seulement à 0,58% et que les dépenses de la CNS en la matière baisseront encore les derniers mois de l'année 2010. Par conséquent, la CNS fera à ce titre des économies à hauteur d'environ 9 millions d'euros;
- depuis 3 à 4 ans, les prix des médicaments à marge réduite et à marge normale importés de la Belgique ont subi une forte diminution. S'y ajoute la baisse des prix suite à la mise sur le marché de plus en plus de médicaments génériques. Ainsi, le chiffre d'affaires des pharmaciens stagne et sera même négatif pour l'année 2010;
- le taux d'abattement s'élève d'ores et déjà à 3,75%.

A la suite de ces mots d'introduction, le Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois prend position sur les points suivants du projet de loi :

a) La substitution de médicaments

Le Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois signale qu'il faut faire la distinction entre le volet médical et le volet financier.

Il souligne que d'un point de vue médical, les médicaments génériques sont aussi efficaces que les médicaments brevetés, de sorte que les pharmaciens, dans la mesure où les règles sont claires et les problèmes techniques sont résolus, ne s'opposent pas à un système de substitution de médicaments. Il est précisé que le système de substitution ne pourra être mis en place qu'avec l'accord des médecins. En ce qui concerne le volet financier, le syndicat relève que l'impact financier de la substitution de médicaments sur le budget de la CNS est difficile à prévoir.

Par ailleurs, il donne à considérer que déjà à l'heure actuelle, des médicaments génériques sont prescrits dans la majorité des cas, de sorte que la réglementation de la substitution de médicaments par voie législative ne s'impose pas nécessairement.

En outre, il convient de noter qu'il existe des médicaments brevetés, notamment en ce qui concerne les médicaments plus chers, pour lesquels il n'existe pas de médicaments génériques.

Enfin, il est souligné que le pharmacien assumera sa responsabilité professionnelle dans le cas où il propose à l'assuré une substitution par un médicament équivalent plus économique du même groupe.

b) La gestion électronique des prescriptions

Bien que la mise en place de la gestion électronique des prescriptions pose de nombreux problèmes pratiques, les pharmaciens ne s'opposent pas à un tel système, à condition toutefois qu'il soit conforme à la réglementation sur la protection des données personnelles.

c) La rémunération des pharmaciens

Le Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois informe la Commission qu'environ 90% des médicaments sont importés de la Belgique et que la structure de prix appliquée par les pharmaciens établis au Luxembourg correspond à la structure de prix applicable en Belgique, de sorte que l'évolution des marges au Luxembourg est identique à celle de la Belgique.

Il signale que le 1^{er} avril 2010, la Belgique a mis en place une réforme structurelle du système de rémunération du pharmacien.

Avant cette réforme, les pharmaciens belges avaient droit à une marge bénéficiaire plafonnée sur les médicaments, c'est-à-dire à partir d'un prix d'achat de 24 euros, la marge bénéficiaire absolue s'élevait à 8 euros quelque soit le prix d'achat (médicaments à marge réduite). Les médicaments à marge réduite représentaient au début seulement 10% du chiffre d'affaires des pharmaciens, mais suite à la commercialisation de médicaments plus chers, ils ont fini par représenter en 2009 environ 60% de leur chiffre d'affaires.

Par ailleurs, entre 2005 et 2006, le Gouvernement belge a imposé une baisse des prix aux entreprises pharmaceutiques, ce qui a conduit ces dernières années à une forte diminution des prix, également des médicaments à marge normale. S'y ajoute une baisse des prix suite à la mise sur le marché de plus en plus de médicaments génériques. Ces baisses des prix ont contribué à une diminution considérable de la marge bénéficiaire moyenne des pharmaciens.

En outre, depuis deux ans, l'industrie pharmaceutique commercialise de plus en plus de médicaments avec grands emballages pour des maladies chroniques, tout en conservant pratiquement le même prix d'achat.

Il est précisé que cette baisse des marges pouvait être compensée pendant des années par une augmentation du volume, mais vu que ces dernières années le volume a seulement augmenté à cause de la commercialisation de médicaments plus chers sur lesquels il n'y a pratiquement pas de marge bénéficiaire, la compensation s'avérait quasiment impossible, de sorte que les revenus des pharmaciens ont baissé considérablement.

Pour ces raisons, la Belgique a introduit le 1^{er} avril 2010, le système de rémunération par honoraire. Pour fixer le montant de l'honoraire, on a pris la marge en chiffre absolu de 2009. Ce chiffre constitue l'enveloppe globale des honoraires pour 2010. Cette enveloppe est indexée et négociable à intervalles réguliers. Elle se divise en deux sortes d'honoraires, à savoir d'une part, l'honoraire de délivrance (95%) et d'autre part, l'honoraire spécifique (5%).

Le Luxembourg, tout en ayant maintenu le terme de « marge », a repris cette structure de rémunération des pharmaciens, à l'exception toutefois des 5% d'honoraires spécifiques. Il s'ensuit donc que les pharmaciens font une perte d'honoraires de 5% sur environ 90% du chiffre d'affaires avec la CNS. Selon les données transmises par le STATEC, le chiffre

d'affaires total réalisé par les pharmacies connaît une baisse de 2,2% en 2010. S'y ajoute que la rémunération des pharmaciens est tributaire de négociations en Belgique, bien que le Luxembourg dispose de structures de frais totalement différentes (salaires, loyers etc.) de la Belgique.

Le Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois souligne encore que la convention collective de travail des salariés travaillant dans les pharmacies a été dénoncée. Par ailleurs, le Ministre de la Santé prévoit la création de 5 nouvelles officines (91 officines sont actuellement établies au Luxembourg).

Voilà pourquoi, le Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois demande de ramener provisoirement le taux de l'abattement à 0% pour une durée de deux ans et de procéder fin 2012 à une nouvelle analyse de la situation et de prendre alors, le cas échéant, les mesures adéquates.

Suite à la présentation de la prise de position du Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois, la Commission procède à un échange de vues, duquel il a lieu de retenir succinctement les éléments suivants :

- la mise en place de programmes de « compliance » s'avère importante, étant donné que de nombreuses études démontrent que des économies non négligeables peuvent être réalisées lorsque les assurés prennent leurs médicaments conformément à leur prescription;
- la mise en place d'une centrale d'achat pour les pharmaciens risque de générer plus de frais accessoires que d'avantages ;
- le système de base de remboursement est institué en vue de favoriser la délivrance des médicaments les moins chers appartenant au même groupe de principe actif qui n'est plus protégé par un brevet dans le pays de provenance. L'assuré pourra toujours choisir un médicament plus cher, mais la prise en charge par l'assurance maladie-maternité se fait en application de la base de remboursement fixée par la CNS. Ainsi, la participation de l'assuré varie en fonction du médicament qu'il a finalement choisi.

3) Audition des représentants de la Fédération Luxembourgeoise des Laboratoires d'Analyses Médicales (FFLAM)

La FFLAM a transmis à la Chambre des Députés une prise de position détaillée sur le projet de réforme, communiquée aux membres de la commission et un résumé schématique sous forme de tableaux Powerpoint (cf. annexe 3).

En guise d'introduction, la FFLAM informe la Commission que :

- la FFLAM représente trois laboratoires privés exploités en nom personnel et occupant 350 salariés qualifiés (laborantins, infirmières etc.), par opposition à 9 laboratoires en 1999. Cette réduction s'explique par le fait que les différents laboratoires privés ont procédé à une restructuration du secteur par voie de fusion ou de rachats ;
- le secteur privé extrahospitalier de la biologie médicale représente 1,9% du budget de la CNS ;
- la biologie médicale, qui d'après la déclaration gouvernementale constitue un secteur à promouvoir, contribue dans près de 2/3 des cas au diagnostic posé par le médecin ;

- le régime du tiers payant est applicable c'est-à-dire les analyses sont directement prises en charge par la CNS et les laboratoires privés sont remboursés à l'acte par la CNS ;
- ces dernières années, les laboratoires privés ont réalisé une démarche volontaire d'accréditation selon la norme ISO 15189 sans aucune aide étatique. Ils ont supporté en totalité les coûts de cette démarche composés de frais salariaux, d'investissement, de formation, de documentation et d'audits. Les hôpitaux, par contre, bénéficient de subsides de la CNS à hauteur de 2% du montant total des frais hospitaliers ;
- le benchmarking international démontre que les remboursements par la CNS se positionnent à un niveau inférieur que ceux pratiqués à l'étranger ;
- le vote du projet de loi modifiant la loi du 16 juillet 1984 relatif aux laboratoires d'analyses médicales (doc. parl. 6151) revêt une importance primordiale pour les laboratoires privés, étant donné qu'il prévoit la possibilité d'une exploitation sous forme de personne morale, de sorte que les laboratoires privés pourront à l'avenir exercer un rôle d'acteur économique dans la Grande Région en particulier, et dans l'Union européenne, en général.

Ces mots d'introduction sont suivis par une présentation de la prise de position de la FFLAM relative au projet de loi 6196. La FFLAM tient à souligner que les laboratoires privés subissent deux sortes de pression, à savoir, d'une part, une pression économique et, d'autre part, une pression législative.

i. La pression économique

La FFLAM souligne que la pression économique se fait sentir de deux manières, à savoir, d'un côté, par le projet de loi susmentionné, en ce qu'il prévoit une baisse de la lettre-clé des laboratoires privés de 14,25%, et de l'autre côté, par le comité quadripartite de l'assurance maladie-maternité qui s'est tenu le 27 octobre dernier, en ce qu'il a évoqué comme piste à discuter entre autres, l'adaptation statutaire de la CNS en vue de réaliser des économies au niveau des prestataires de soins par le biais d'une participation de l'assuré.

La FFLAM rappelle encore que ces dernières années, les tarifs des laboratoires privés ont fait l'objet de plusieurs baisses successives, à savoir :

- une baisse de 10% en 2002 (baisse appliquée rétroactivement à partir du 1^{er} janvier 2002) ;
- suite à l'introduction en 2005 de la loi des 12, - la CNS (ex-UCM) ne rembourse que 12 actes par ordonnance -, applicable aussi bien aux laboratoires privés qu'aux laboratoires hospitaliers, mais non appliquée dans le secteur hospitalier, les laboratoires privés ont fait une perte de 8%. En fait, la non-application de ce système par le secteur hospitalier a conduit les laboratoires privés à ne pas facturer à l'assuré le dépassement des 12 actes afin de ne pas les faire fuir vers les hôpitaux où aucune facturation n'a été mise en œuvre ;
- une baisse de 19,35% en 2009.
- **Baisse de la lettre-clé**

Le projet de loi précité prévoit une baisse de la lettre-clé des laboratoires privés de 14,25%, qui d'ailleurs n'est pas indexée, par opposition à celle d'autres prestataires de soins, sans toutefois indiquer les raisons de cette réduction. Aux yeux de la FFLAM, cette baisse pourrait

trouver sa raison dans le fait que les laboratoires privés ont des frais de fonctionnement inférieurs par rapport aux laboratoires hospitaliers.

La FFLAM relève en outre, que le projet de loi prévoit un gel des lettres-clés des autres prestataires de soins, mais qu'elle vient de lire dans la presse écrite que leurs tarifs continueront à être indexés, de sorte qu'en réalité il ne s'agit pas d'un gel.

Par ailleurs, la FFLAM informe la Commission qu'elle a introduit une demande en revalorisation de la lettre-clé des laboratoires privés de 4,63% conformément à l'article 67 du Code de la sécurité sociale, mais qu'il y a pourtant eu échec des négociations, étant donné que la CNS est d'avis que les tarifs des laboratoires privés devraient être baissés de 10% (par opposition au projet de loi qui prévoit une baisse de 14,25%), de sorte que la procédure de médiation est engagée.

- Participation de l'assuré

La FFLAM donne à considérer qu'une adaptation éventuelle des statuts de la CNS concernant la prise en charge des actes des laboratoires aurait dans un premier temps uniquement un impact sur les laboratoires privés, étant donné que l'article 13 projeté prévoit que la débudgétisation des actes ambulatoires des laboratoires hospitaliers n'entrera en vigueur qu'à partir du 1^{er} janvier 2012.

Ainsi, dans l'hypothèse d'une participation de l'assuré de 1 euro par analyse, ce dernier devrait payer en moyenne 9 euros par ordonnance dans les laboratoires privés à partir du 1^{er} janvier 2011, tandis que les analyses effectuées dans les laboratoires hospitaliers seraient gratuites jusqu'au 31 décembre 2011. Étant donné que le système du tiers payant est applicable, les analyses sont directement prises en charge par la CNS et les laboratoires privés sont remboursés à l'acte par la CNS, qui opérerait toutefois dans ce cas une retenue sur le remboursement de 1 euro par analyse. Les laboratoires privés devraient ainsi procéder eux-mêmes à son recouvrement auprès des assurés. Mise à part la charge administrative non négligeable qu'engendrerait ce système, il constituerait en plus, en tout cas pendant un an, une concurrence déloyale entre laboratoires privés et hospitaliers.

Par ailleurs, la FFLAM tient encore à souligner que, bien que les actes ambulatoires des laboratoires soient débudgétés, le secteur hospitalier continue à profiter d'un avantage budgétaire significatif et verrait ses frais fixes et variables toujours couverts pour les besoins de l'activité stationnaire tout en bénéficiant des infrastructures et des équipements existants pour la prise en charge de l'activité ambulatoire remboursée à l'acte sur base de la cotation à la nomenclature. Or, les laboratoires privés ne bénéficient d'aucune subvention ou aide étatique pour leurs frais de fonctionnement (infrastructures, équipements, personnel) et ne disposent que de la cotation des actes à la nomenclature pour développer leur activité.

ii. La pression législative

La FFLAM relève que la modification qu'il est proposé d'opérer à l'ancien point 3 de l'article 17 du CSS (nouveau point 4) constituerait un changement fondamental en ce sens que, suite à la suppression par le projet de loi des examens de laboratoires, la possibilité pour les laboratoires privés de devenir actifs dans le domaine des examens d'histologie dans le cadre de l'anatomo-pathologie, domaine réservé à l'heure actuelle au LNS, est écartée.

En outre, la FFLAM tient à souligner qu'elle demande depuis 2006 une révision de la nomenclature des actes et des prestations de laboratoires en vue d'une adaptation acte par acte des valeurs en tenant compte des réalités économiques actuelles. Aux yeux de la FFLAM, la révision de la nomenclature ne pourra se faire qu'avec une commission de

nomenclature paritaire, mais elle relève qu'elle risque de se voir allouer au plus un poste, ce qui impliquerait que le secteur des laboratoires privés se retrouverait sous-représenté.

Suite à la présentation de la prise de position de la FFLAM, la Commission procède à un échange de vues, duquel il a lieu de retenir succinctement les éléments suivants:

- la FFLAM plaide pour un transfert de l'activité ambulatoire vers le secteur privé, ainsi que pour la fusion des laboratoires hospitaliers en une seule plateforme stationnaire en ce qui concerne les analyses des patients stationnaires ;
- la FFLAM ne réfute pas l'idée de négocier une convention collective, mais donne toutefois à considérer que ces négociations risquent de s'avérer difficiles pour trois raisons. D'une part, les trois laboratoires privés existants sont issus de fusions voire de rachats, d'autre part, les laboratoires privés sont confrontés tous les deux ans à des baisses de tarifs et enfin, les tarifs des laboratoires privés ne sont pas indexés, tandis que les salaires et loyers sont indexés.

Luxembourg, le 16 novembre 2010

Les Secrétaires,
Martin Bisenius
Tania Braas

La Présidente,
Lydia Mutsch

Annexes: 3

- ANNEXE 1 -



Association des médecins
et médecins-dentistes

Luxembourg, le 27 octobre 2010

29, rue de Vianden
L-2680 LUXEMBOURG

Tél.: (352) 44 40 33-1 - Fax: (352) 45 83 49

**Aux membres de la Commission Santé et de la Sécurité sociale de la
Chambre des Députés**

En annexe, l'AMMD permet de vous soumettre

- sa lecture du projet de loi reformant le Code de la santé
- une liste non exhaustive des points de discordance essentiels de ce projet

Nous nous devons de vous informer que la philosophie et l'idéologie de ce projet de loi sont absolument incompatibles avec le système actuel du **conventionnement obligatoire et l'exercice d'une médecine libérale**.

Veillez trouver, en annexe, une liste de points absolument inacceptables dont l'adoption aura comme conséquences irrémédiables non seulement la mise en cause, mais la fin inéluctable du système actuel du conventionnement obligatoire de même que dans une étape ultérieure la fin de l'assurance unique et obligatoire.

Le conventionnement obligatoire qui constitue l'invention luxembourgeoise n'existe dans aucun de nos pays voisins (France, Belgique, Allemagne)

Difficile à maintenir de toute façon, il ne pourra plus perdurer dans un système réglementé comme le prévoit le projet de loi n° 6196 et fonctionnant dans un environnement internationalisé.

Contrairement à la situation en 1992, les arrêts de la Cour de Justice européenne (Decker/Kohll et suivants) permettent aux patients de consulter des médecins et médecins-dentistes non conventionnés au-delà des frontières pour se faire rembourser au Luxembourg par la CNS au tarif conventionnel luxembourgeois. De plus, le supplément d'honoraires payés à l'étranger est pris en charge si les patients sont assurés auprès d'une assurance complémentaire. Toute cette situation constitue une discrimination à rebours des confrères installés et exerçant au Grand-Duché de Luxembourg et constitue une situation de concurrence déloyale.

Il est clair que ce projet de loi sonne ainsi le glas du système actuel du conventionnement obligatoire.

L'AMMD revendique péremptoirement :

- 1) Négociation libre de la convention avec la CNS et refus d'une ingérence ministérielle via RGD ou décision ministérielle après échec d'une médiation
- 2) Maintien de la Commission de surveillance paritaire de la législation actuelle
- 3) Introduction d'une Commission de nomenclature avec représentation paritaire de l'AMMD, sans ingérence d'autrui
- 4) Maintien du principe de l'enveloppe budgétaire et du vase communicant
- 5) Maintien de la faculté pour l'AMMD d'opérer des répartitions sélectives à l'intérieur de l'enveloppe
- 6) Maintien des compléments d'honoraires légalement dus pour convenances personnelles et pour la première classe en hospitalier, y compris son extension sur l'extrahospitalier
- 7) Séparation de l'acte médical et de l'acte médico-technique accessoire avec revalorisation régulière, des frais fixes et variables de l'acte
- 8) Garantie du secret professionnel
- 9) Faculté d'opposition du patient dans le cadre d'échanges de données de santé, tant qu'à la constitution du dossier qu'à l'échange des données
- 10) Non-ingérence du contrôle médical de la sécurité sociale dans les traitements des patients
- 11) Médecin de confiance se limitant à la prévention et à la fonction de guide et de conseil du patient dans le système de santé
- 12) Respect des prescriptions médicales telles quelles, sans substitution
- 13) Planification nationale transparente des besoins d'offre de santé et rejet d'un numerus clausus arbitraire dans les hôpitaux
- 14) Principes d'une cogestion entre partenaires égaux de l'hôpital (médecins libéraux et institutions hospitalières)
- 15) Abolition des filières de soins instaurant une responsabilité collective et abolissant le libre choix du médecin par le patient
- 16) Refus du tiers payant généralisé des honoraires médicaux à l'hôpital
- 17) Rejet des mesures financières injustes à l'égard du corps médical pour pallier à une situation dont il n'est pas responsable

L'AMMD a proposé durant les cinq dernières années de nombreuses **mesures d'économie** pour le système de santé au Luxembourg.

Aucune de ces mesures n'a été adoptée ou mise en pratique.

Le système de santé luxembourgeois, garantissant un libre accès à tout patient à tout médecin de son choix au tarif conventionnel, n'a une chance de survie que si la Chambre des Députés procède à une réforme profonde du texte du projet de loi n° 6196.

La proposition de Monsieur le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale est une réforme idéologique se focalisant sur le médecin exerçant au Luxembourg et n'apporte aucune solution concrète au problème financier de la CNS.

Le projet de loi n° 6196 sous sa forme actuelle débouche inévitablement sur l'abolition du système de conventionnement obligatoire. Les patients chercheront des soins de santé sur mesure à l'étranger, de même que les patients qui ne souhaitent pas que leurs données santé soient enregistrées dans un ordinateur central avec large accessibilité.

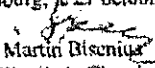
- ANNEXE -

**Syndicat des Pharmaciens
luxembourgeois a.s.b.l.**

par mail et par courrier

Monsieur Laurent MOSAR
Président de la Chambre des Députés

19, rue du Marché-aux-Herbes
L - 1728 LUXEMBOURG

Transmis pour information aux membres
- de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale,
- de la Conférence des Présidents.
Luxembourg, le 27 octobre 2010

Martin Bischenius
Premier Conseiller de la Chambre des Députés

Strassen, le 25 octobre 2010

Concerne : Projet de loi portant réforme du système de soins de santé
Votre courrier du 15.10.2010, référence : mb/af

Monsieur le Président,

Conformément à votre demande du 15.10.2010, nous vous adressons en annexe un résumé des principales doléances et propositions du Syndicat des pharmaciens luxembourgeois relatives au projet de loi portant réforme du système de soins de santé.

Par la même occasion, nous vous informons que notre association sera représentée à la séance de la commission parlementaire du 28.10.2010 par

Monsieur Théo THIRY, pharmacien, président du Syndicat des pharmaciens
Monsieur Alain ENGEL, pharmacien, secrétaire général
Madame Joséane MARTENS-PAULUS, pharmacienne, vice-président
Monsieur Raymond BOEVER, pharmacien, secrétaire adj.

Madame Marianne MEYERS, pharmacienne et membre du Conseil d'administration du syndicat, participera également à l'entrevue précitée.

Nous sommes à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Nous vous présentons, Monsieur le Président, l'expression de notre considération très distinguée.

*Pr. le Syndicat des Pharmaciens
luxembourgeois asbl*


Alain ENGEL
Secrétaire général


Théo THIRY
Président

Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois asbl, 70A, route d'Arlon, L - 8008 STRASSEN
Tél. : 29 63 33 / Fax : 29 63 32 / e-mail : synpha@pt.lu / www.pharmacie.lu

Commission parlementaire « Santé et Sécurité sociale »

Entrevue du 28.10.2010

Prise de position des pharmaciens

Gestion électronique de la prescription

Les pharmaciens ne sont en principe pas opposés à une gestion électronique des prescriptions pour autant que le système soit conforme avec les réglementations sur la protection des données.

Substitution des médicaments

Les pharmaciens ne s'opposent pas à un système de substitution pour autant que les règles soient claires et que tous les problèmes techniques soient résolus. Il est clair qu'un système de substitution ne peut se faire qu'en accord avec les médecins.

La rémunération des pharmaciens

Le Luxembourg importe ca 90% des médicaments de la Belgique et nous reprenons aussi les structures de prix existant en Belgique.

En Belgique une réforme structurelle du système de rémunération du pharmacien a été mise en application le 1er avril 2010 parce que l'érosion des marges sur les médicaments conduisait une baisse de la rémunération des pharmaciens telle, que l'existence de bon nombre de pharmacies était compromise.

Avant la réforme:

Le pharmacien est rémunéré par une marge bénéficiaire sur les médicaments. Cette marge est plafonnée c.à d à partir d'un prix d'achat de 24€, on ajoute une marge absolue de 8 € quel que soit le prix achat. Ce sont les médicaments à marge réduite.

Ces médicaments à marge réduite qui constituaient il y a dix ans, une petite partie du chiffre d'affaire, formaient en 2009 jusqu'à 60% et plus du chiffre.

Donc très forte dilution de la marge !

En 2005-2006, le Gouvernement belge imposait à l'industrie pharmaceutique de diminuer leurs prix ce qui a conduit à de fortes diminutions de prix depuis 3-4 ans et ceci également pour les médicaments où il restait une marge normale.

S'ajoute à ces baisses les diminutions de prix dues à l'apparition des génériques.

Tout cela fait une diminution non négligeable de la marge moyenne !

Depuis 2 ans l'industrie répond à l'appel du gouvernement belge et de l'INAMI - Institut national d'assurance maladie-invalidité - de faire des économies en commercialisant, de plus en plus, de grands emballages pour les maladies chroniques, tout en conservant pratiquement le même prix d'achat donc économies sur le dos des grossistes et des pharmaciens !

Pendant des années, cette érosion constante des marges pouvaient être plus ou moins compensée par l'augmentation du volume. Or depuis 2 - 3 ans ceci n'est plus possible puisque d'un côté les baisses de marges sont trop importantes par rapport à l'augmentation de volume et d'un autre côté, les frais augmentent sensiblement, surtout depuis la mise en application d'une convention collective en 2006. En plus les augmentations de volume sont pratiquement exclusivement dues à des médicaments nouveaux qui sont en général à marge réduite (p. ex. méd. oncologiques).

Pendant des années, cette érosion constante des marges pouvaient être plus ou moins compensée par l'augmentation du volume. Or depuis 2 - 3 ans ceci n'est plus possible puisque d'un côté les baisses de marges sont trop importantes par rapport à l'augmentation de volume et d'un autre côté, les frais augmentent sensiblement, surtout depuis la mise en application d'une convention collective en 2006. En plus les augmentations de volume sont pratiquement exclusivement dues à des médicaments nouveaux qui sont en général à marge réduite (p. ex. méd. oncologiques). Ainsi, depuis quelques années le revenu des pharmaciens est en baisse..

Depuis le 1er avril 2010 en Belgique :

Le pharmacien est rémunéré par un honoraire de délivrance. Pour fixer le montant de l'honoraire on a déterminé la marge en chiffre absolu de 2009 (année où la marge était au niveau le plus bas) et ce chiffre constitue la masse totale des honoraires pour 2010. Cette enveloppe globale est indexée et négociable à intervalles réguliers.

La masse des honoraires est constituée pour 95 % d'honoraires de délivrance (pour info : 3.88 € par délivrance) et pour 5% d'honoraires spéciaux.

En ce qui concerne les médicaments remboursés, le revenu du pharmacien est aujourd'hui indépendant du prix .

Situation actuelle au Luxembourg

- Nous importons de Belgique uniquement les 95 % d'honoraires de délivrance. Les 5% d'honoraires spéciaux sont perdus pour les pharmaciens luxembourgeois (Perte de 5% de la rémunération sur ca 90% du chiffre d'affaire CNS).
- La rémunération des pharmaciens luxembourgeois dépend d'un index belge pas comparable avec le nôtre et est tributaire de négociations en Belgique alors que nous avons des structures de frais totalement différentes qu'en Belgique, p. ex. les salaires, les loyers etc....
- Le chiffre d'affaire total réalisé en pharmacies est en baisse en 2010 (STATEC: -2,2%).
- Les frais pour produits pharmaceutiques 2010 à charge de la CNS sont en baisse avec une progression négative par rapport à 2009. Dans le rapport de l'IGSS du 13 octobre 2010, présenté en vue de la quadripartite du 27 octobre 2010, on part d'une estimation de +5% ce qui est manifestement faux. Les frais pharmaceutiques seront en 2010 de ca 8 mio € en baisse par rapport aux estimations pour 2010.

Etant donné que

- l'impact de la substitution sur la rémunération du pharmacien est difficile à prévoir
- nous avons en 2010 et les années à venir, une perte d'honoraires de 5% sur 90% de la rémunération de notre chiffre CNS
- pour la première fois, le chiffre total réalisé en officine diminue
- pour la première fois, les frais pharmaceutiques par la rapport à la CNS diminuent, alors qu'on est parti d'une progression de 5%
- le Ministre de la santé prévoit la création de nouvelles officines
- la convention collective de travail a été dénoncée

les pharmaciens demandent de ramener provisoirement le taux de l'abattement à 0% pour une durée de deux ans, de refaire fin 2012 une nouvelle analyse de la situation et de prendre ensuite les mesures adéquates.

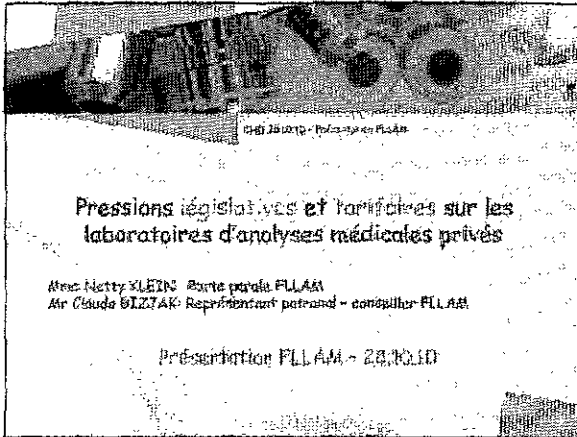

Alain ENGEL
Secrétaire général

Pr. le Syndicat des Pharmaciens
luxembourgeois asbl


Théo THIRY
Président

Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois asbl, 70A, route d'Arton, L - 8008 STRASSEN
Tél. : 29 63 33 / Fax : 29 63 32 / e-mail : synpha@pt.lu / www.pharmacie.lu

- ANNEXE 3 -

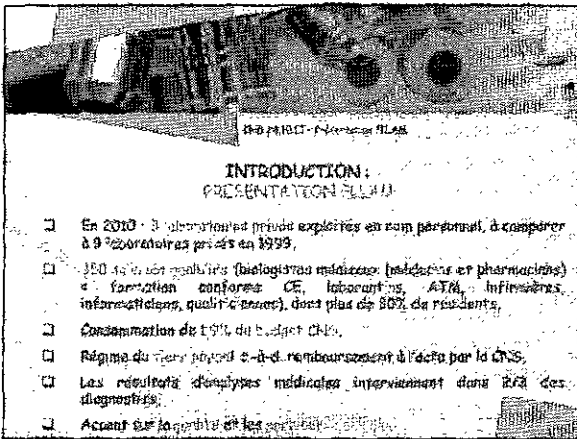


06/2010 - Prévisions FLLAM

Pressions législatives et tarifaires sur les laboratoires d'analyses médicales privés

Mme Hetty KLEIN - Porte parole FLLAM
Mr Claude BIZTAK - Représentant patronal - conseiller FLLAM

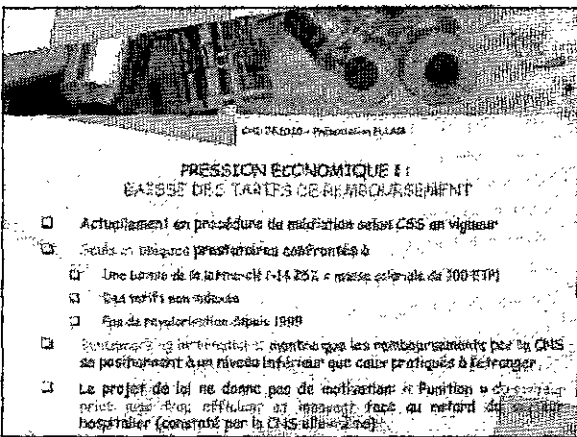
Présidente FLLAM - ZS.KJLD



06/2010 - Prévisions FLLAM

INTRODUCTION: PRESENTATION FLLAM


- En 2010 : 3 laboratoires privés exploités en son personnel, à comparer à 9 laboratoires privés en 1999.
- 100 de la son qualifiés (biologistes médicaux, biologistes et pharmaciens) et formation conforme CE, laborantins, ATM, infirmières, infirmiers, qualifications, dont plus de 80% de résidents.
- Consommation de 10% du budget CHU.
- Régime de tiers payant et de remboursement à l'acte par le CNS.
- Les résultats d'analyses médicales intervenant dans 2/3 des diagnostics.
- Accès sur la qualité et les services.



06/2010 - Prévisions FLLAM

PRESSION ECONOMIQUE I : BASSSE DES TARIFS DE REMBOURSEMENT

- Actuellement en procédure de médiation entre CNS et vignette.
- Soins en laboratoire privés confrontés à
- Une tarification de 14,25% à masse globale de 300 KFP
- Des tarifs non adaptés
- Equ de payabilisation depuis 1999
- Comparaison internationale montre que les remboursements par le CNS se situent à un niveau inférieur que ceux pratiqués à l'étranger.
- Le projet de loi ne donne pas de visibilité à l'union de la profession et des établissements de soins face au retard de la hospitalier (constaté par le CNS allié à la loi).



CBO 2010 - Indicateurs CLM

PRESSION ECONOMIQUE 2 :
PARTICIPATION DE LA SÛRTE VIA LE PAYSAN TIENS DE SOINS


Adaptations structurelles de la CMS : retours sur le remboursement et prestataires de soins de 1 euro/analyse

Conséquences pratiques

Comparaison	Secteur hospitalier	Secteur privé-est libéralisés
Entrée en vigueur	1 janvier 2010	1 janvier 2011
Coût moyen pour le patient par acte/analyse	100 €	200 €

Convergence du paysage aboutissant à une migration des patients vers le secteur hospitalier?

Quel du rôle du patient?



CBO 2010 - Indicateurs CLM

PRESSIONS ECONOMIQUES :

Baisse tarifaire 2011 : -14,25%

Pour rappel l'impact économique est important :

en 2007 (-10%)

en 2008 les tarifs hospitaliers et les prix de médicaments libéralisés à 65 de perso.

en 2009 sur la santé publique (-10%)


+

Dépense médicale totale via mise en vigueur différée

2010

2011

Mis en péril du système privé



CBO 2010 - Indicateurs CLM

PRESSION LEGISLATIVE :
EXCLUSIONS DU SECTEUR PRIVE

Par voie législative : exécution des laboratoires (radiologie)

Par voie de la jurisprudence :

Cambiement de la réglementation : exécution obligatoire 1/10

Règles de discrimination

no. 1610 - Réunion PLAM

PRESSION LEGISLATIVE :
LOI 16 JUILLET 1984 - INTERDICTION D'EXERCICE EN SOCIÉTÉ

- 17/03/10 : Site en dessous de la CE
- Projet de loi « Calendrier législatif »
- Faute de majorité et pas d'évaluation rapide de la loi du 16 juillet 1984
- Ordonnance pour autoriser les laboratoires privés luxembourgeois à exercer leur activité économique dans la Grande Région et en Europe - alternative pour le développement économique du Luxembourg
- Nécessaire pour réaliser le programme quinquennal dans le développement des technologies de la santé

no. 1611 - Réunion PLAM

REVENDEICATIONS PLAM

Amenagements au projet de loi 1119

- Traitement égalitaire avec les autres professionnels
 - Art. 4 d'initiative de la Région autonome de la Région d'Alsace pour les laboratoires privés
 - Art. 13 diminue les droits de la région d'Alsace pour des bureaux - peuvent également être créés
- Art. 17 Prise en charge
 - Art. 17 les employés et les compagnies sont interdits

Projet de loi 1119

- Publication du calendrier législatif

no. 1612 - Réunion PLAM

Contact

Nancy Réun. prof. santé PLAM
 info@nancy.plam
 +33 333 238 332

Cécile Rogat, dir.
 PLAM@nancy.plam
 +33 333 238 333

04



CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2010-2011

MB/AF

Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

Procès-verbal de la réunion du 28 octobre 2010 (à 8.30 heures)

ORDRE DU JOUR :

- 6196 Projet de loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant:
1. le Code de la Sécurité sociale;
 2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers
- Rapportrice: Mme Lydia Mutsch
 - Continuation de l'examen du projet de loi

*

Présents : Mme Sylvie Andrich-Duval, M. Eugène Berger, M. Félix Braz, M. Jean Colombera, Mme Claudia Dall'Agnol, M. André Hoffmann, M. Jean Huss, M. Lucien Lux, Mme Martine Mergen, M. Paul-Henri Meyers, Mme Lydia Mutsch, M. Jean-Paul Schaaf, M. Marc Spautz, M. Carlo Wagner
M. Gast Gibéryen, observateur

M. Mars Di Bartolomeo, Ministre de la Santé, Ministre de la Sécurité sociale
M. Frank Gansen et M. Mike Schwebag, Ministère de la Santé
M. Paul Schmit, Inspection générale de la Sécurité sociale

M. Martin Bisenius et Mme Tania Braas, Administration parlementaire

*

Présidence : Mme Lydia Mutsch, Présidente de la Commission

*

6196 Projet de loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant:
1. le Code de la Sécurité sociale;
2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers

En début de réunion, M. le Ministre de la Santé et de la Sécurité Mars di Bartolomeo fait distribuer aux membres de la commission, deux avant-projets de règlements grand-ducaux, à savoir:

- l'avant-projet de règlement grand-ducal relatif au statut, aux modalités de désignation et aux attributions du médecin coordinateur;

- l'avant-projet de règlement grand-ducal portant exécution de l'article 26bis de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers. (voir annexes 1 et 2)

Dans un souci de bonne transparence, le ministre a pris l'option de communiquer les deux textes à la commission parlementaire au moment où ils n'ont pas encore été avisés ni par le Conseil de Gouvernement, ni par les acteurs concernés du secteur de la santé. Ces textes sont censés fournir à la commission des informations utiles sur l'orientation des mesures d'exécution de la loi-cadre. Compte tenu que la phase d'élaboration de ces textes est toujours celle de l'avant-projet, il n'y a pas lieu de s'attarder sur tout détail, mais de se limiter aux lignes directrices.

En ce qui concerne plus particulièrement la nouvelle fonction de médecin coordinateur, le projet de loi propose d'ancrer cette nouvelle fonction à l'article 29 de la loi hospitalière. Le médecin coordinateur prend le rôle d'interlocuteur du directeur médical et des autres organes de l'établissement hospitalier qui assurent le développement et la coordination de l'activité médicale d'un ou de plusieurs services hospitaliers. Le médecin coordinateur veillera notamment à la bonne planification de l'activité médicale, au bon fonctionnement des services, à la qualité des prestations, à la standardisation des traitements et de la prise en charge des patients ainsi qu'à l'utilisation efficiente des ressources disponibles. Le médecin coordinateur n'est pas le chef du personnel, mais la création de sa fonction est innovatrice dans le secteur hospitalier dans la mesure où elle mettra fin à l'absence actuelle de relais de coordination entre la direction médicale, l'hôpital et les services médicaux.

Le médecin coordinateur favorisera ainsi la cohésion de l'activité médicale qui actuellement peut être mise en péril par une trop grande empreinte d'individualisme. Par cette innovation, la structure des établissements hospitaliers luxembourgeois s'alignera sur ce qui depuis longtemps est monnaie courante à l'étranger, notamment en Allemagne et en France.

Dans la mesure où le texte légal prévoit que les médecins coordinateurs sont nommés par l'organisme gestionnaire et placés sous l'autorité du directeur médical, cette disposition peut être ressentie par les médecins hospitaliers en exercice libéral comme entorse aux principes de leur statut. Toutefois, la médecine libérale exercée dans un établissement hospitalier, financée exclusivement par des deniers publics, ne peut pas seulement se prévaloir de droits, mais également s'inscrire dans une démarche solidaire dans l'intérêt de la cohésion et de la qualité des soins médicaux dispensés aux patients.

*

La commission poursuit la présentation et l'examen des points saillants de la réforme.

1. Les centres de compétences et les filières de soins

D'emblée M. le Ministre tient à souligner que les critiques publiques ont imputé à ces notions des motifs et intentions qui manifestement ne sont pas fondés. Par ailleurs, l'idée de la création de centres de compétences a en quelque sorte déjà fait son chemin avant la création légale proprement dite. Ainsi l'Institut national de chirurgie cardiaque interventionnel (INCCI) est à considérer comme un tel centre d'excellence au sens de la notion de centre de compétences prévue par le projet de loi. Actuellement peuvent encore prétendre de correspondre à ce concept, le Centre de Radiothérapie François Baclesse et le Centre de réadaptation fonctionnelle (REHAZENTER).

La nécessité de la création de centres de compétences se dégage du fait qu'il est établi que l'excellence des soins d'un prestataire ou d'un service ne permet d'obtenir un résultat optimal pour le patient que si les soins prodigués s'inscrivent dans une séquence coordonnée d'actes et d'interventions thérapeutiques par les différents services médicaux.

L'expérience faite au cours des dernières années, notamment au sein des institut et centres prénommés, a incontestablement démontré la plus-value pour les patients d'une concentration des ressources et des cas à traiter.

Dans la discussion autour de la création de centres de compétences, il faut aussi se défaire de l'idée que ce genre de centre "appartient" à un établissement hospitalier déterminé. Le centre de compétences, dans la plupart des cas, sera certes rattaché géographiquement à un établissement précis, mais tous les autres établissements hospitaliers coopérant dans le cadre de la mise en place du centre y auront accès par le biais des médecins spécialistes agréés. Actuellement la nécessité de la mise en place d'un centre de compétences se fait surtout sentir au niveau de la prise en charge des accidents vasculaires-cérébraux (AVC-stroke unit). Certains hôpitaux ont développé des initiatives plus ou moins avancées en ce sens, sans que toutefois pour l'instant la prise en charge des patients victimes d'un AVC n'ait atteint un niveau d'excellence comparable, par exemple, à celui de l'INCCI.

Or, le patient a le droit d'être pris en charge par une unité spécialisée et hautement compétente, capable de lui assurer les meilleurs soins possibles, sur base de lignes directrices internationales, dans une situation où la qualité de sa survie est en jeu.

Inversement, le patient ne doit surtout pas devenir victime de soins non optimaux en raison du fait que certains services se croiraient erronément en mesure d'assurer cette prise en charge. A partir du moment où un ou plusieurs centres de compétences pour la prise en charge de l'AVC auront été déterminés, il est évident que les secours préhospitaliers aiguilleront d'office les patients en urgence vers un tel centre. Cette façon de procéder améliorera significativement les chances de survie du patient.

Quant à la procédure à suivre pour se faire reconnaître la qualité de centre de compétences, il est prévu qu'en dialogue avec la Direction de la Santé, la Caisse nationale de Santé et, dans la mesure du possible, avec la représentation des patients active dans le domaine concerné, les milieux professionnels intéressés élaborent un projet commun formalisé sous forme d'un cahier de charges.

Sur base de la fréquence des pathologies, du nombre de patients et des lignes directrices internationales seront déterminés les besoins en centres de spécialisation pointue dans notre pays. Sur base du cahier des charges porté à l'attention des milieux professionnels concernés, les établissements et services intéressés pourront ainsi se fédérer autour d'un projet commun.

D'autres domaines se prêtant à la mise en place de centres de compétences et de filières de soins sont celui de l'oncologie pour ce qui concerne certaines interventions hautement spécialisées, la médecine de l'environnement et la prise en charge des problèmes pointus en gériatrie. M. le Ministre relève encore qu'un domaine dans lequel le besoin d'un centre de compétences se fait particulièrement sentir est celui de la transplantation d'organes. Tous les spécialistes devront avoir accès à un tel centre, aussi bien pour les activités de prélèvement que de transplantation d'organes.

Les idées directrices devant guider la mise en place des centres de compétences sont d'abord l'identification d'un besoin, le développement d'un concept stratégique et la volonté des acteurs intéressés de se fédérer autour d'un tel projet commun. L'adhésion des acteurs est d'une importance primordiale. Pour promouvoir cette adhésion, il faut également se défaire de l'idée qu'un centre de compétences "appartient" à un établissement déterminé. Voilà pourquoi, il faudra veiller à ce qu'un centre de compétences soit accessible à tous les spécialistes concernés. A noter encore que les centres de compétences ou filières de soins une fois définis seront ensuite formellement inscrits dans le plan hospitalier.

Il est évident que la recherche clinique constitue un volet important dans les activités d'un centre de compétence. A ce niveau encore, il est indispensable que les activités de recherche ne soient pas dispersées, mais qu'elles soient exercées en commun, le cas échéant, avec la finalité d'obtenir le label universitaire.

M. le Ministre constate actuellement auprès des acteurs sur le terrain une plus large disponibilité de mettre fin au morcellement des compétences, souvent préjudiciable à l'intérêt du patient, et d'œuvrer dans le sens d'une concentration des compétences, fût-ce dans certains cas de façon virtuelle sans rattachement précis à un hôpital déterminé. On peut en effet envisager que, plutôt que de coexister en tant que filières de soins isolées séparément dans plusieurs établissements, ces derniers décident d'associer ces filières dans l'intérêt de la qualité des soins. Une telle association de filières pourrait se voir reconnaître la dénomination de centre de compétence virtuelle.

Tous les acteurs doivent se remettre à l'évidence qu'il existe certains critères minima à respecter pour pouvoir exercer certaines activités médicales hautement spécialisées et exigeantes au niveau de qualité requis au plan international. L'intérêt général de la santé publique exige que le patient bénéficie en tout état de cause d'une prise en charge optimale. Ceci se trouve encore corroboré, par la négative, par des statistiques concernant par exemple dans le chef de certains prestataires, des interventions chirurgicales d'une fréquence dérisoire (p.ex. une opération du sein tous les quatre ans) ou des interventions à répétition devenues nécessaires en raison du manque d'expérience du prestataire.

Pour le patient, il sera d'un intérêt primordial de se voir informer sur la localisation géographique des compétences spécialisées. En général, la visibilité des compétences des différents centres et services devra être améliorée; il fait partie des droits élémentaires du patient d'être informé sur la fréquence de la pratique d'une intervention déterminée à laquelle il s'apprête à se soumettre dans les différents services afin de pouvoir orienter son choix en fonction de ce critère.

Pour conclure sur ce point, M. le Ministre relève que la coopération hospitalière transfrontalière, hautement souhaitable, ne pose pas problème dans tous les domaines où dans notre pays le morcellement des compétences a été dépassé au profit d'une mise en commun cohérente des ressources et compétences.

Aussi, la liberté de choix du patient n'est-elle nullement remise en cause par la notion de centre de compétences. Quel serait, en effet, l'intérêt du patient de demeurer "libre" de se

soumettre à une opération de chirurgie cardiaque dans un établissement hospitalier local, non ou insuffisamment équipé, alors que seul l'INCCI peut lui offrir une prise en charge optimale?

2. La budgétisation commune des établissements hospitaliers

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

La croissance du budget du secteur hospitalier sera proche de celle de l'économie en général, sous le bénéfice d'une application généreuse de ce parallélisme au profit du secteur hospitalier.

Les négociations avec le secteur dans son ensemble amèneront l'un ou l'autre établissement à opérer des choix consistant le cas échéant à abandonner certaines activités ne remplissant pas le critère de la masse critique exigée, au profit d'autres activités répondant mieux à sa vocation.

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

3. Le statut du médecin hospitalier

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

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

Le médecin hospitalier garde donc la liberté thérapeutique au lit du malade, mais son activité, exercée sous statut libéral, sera dorénavant cadrée et doit s'inscrire dans la cohérence et les objectifs définis par le gestionnaire. Selon M. le Ministre, cette mesure découle de l'évidence même. Dans le secteur hospitalier financé intégralement par des deniers publics, le gestionnaire doit pouvoir poser des standards et règles internes à respecter par tous les intervenants.

Par ailleurs, dans le domaine de la documentation des soins de santé, il devra être assuré que l'organisme gestionnaire obtienne communication par les médecins hospitaliers des données administratives de leur facturation des soins de santé dispensés aux patients.

4. Le dossier de soins partagé – Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé

En fin de réunion, l'expert gouvernemental présente des explications succinctes concernant le dossier de soins partagé et l'Agence E-Health, faisant l'objet des articles nouveaux 60bis, 60ter et 60quater du CSS.

Pour le détail, il est renvoyé au point 3) du procès-verbal n° 3 de la réunion du 26 octobre 2010 ainsi qu'aux explications circonstanciées figurant à l'exposé des motifs et au commentaire des articles en question.

Luxembourg, le 4 novembre 2010

Le Secrétaire,
Martin Bisenius

La Présidente,
Lydia Mutsch

- Annexes: 1) Avant-projet de règlement grand-ducal relatif au statut, aux modalités de désignation et aux attributions du médecin coordinateur;
- 2) Avant-projet de règlement grand-ducal portant exécution de l'article 26bis de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

Avant-projet de règlement grand-ducal relatif au statut, aux modalités de désignation et aux attributions du médecin-coordonateur

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

Vu la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, et notamment son article 29;

Vu l'avis de la Commission permanente pour le secteur hospitalier;

Vu l'avis du Collège médical;

Notre Conseil d'Etat entendu;

Sur le rapport de Notre Ministre de la Santé et après délibération du Gouvernement en conseil;

Arrêtons :

Art. 1^{er}. Tout organisme gestionnaire d'un hôpital ou d'un établissement hospitalier spécialisé de plus de 175 lits peut nommer sur proposition du directeur général un ou plusieurs médecins-coordonateurs qui assureront les fonctions de coordination et de planification de l'activité médicale d'un service ou d'un groupement de services, en collaboration étroite avec le responsable soignant du ou des services, respectivement les structures dirigeantes compétentes de l'hôpital ou de l'établissement hospitalier.

Avant de procéder à la nomination d'un médecin-coordonateur, l'organisme gestionnaire demande les avis du chef du département médical, du conseil médical, des médecins du ou des services visés et, le cas échéant, du chef du ou des services visés.

Le mandat d'un médecin-coordonateur est d'une durée de 5 ans. Ce mandat est renouvelable.

Dans les hôpitaux ou établissements hospitaliers spécialisés de moins de 175 lits, la fonction et les missions du médecin-coordonateur seront exercées par le directeur médical.

Art. 2. Tout médecin salarié ou agréé au sein de l'hôpital ou de l'établissement visé à l'article 1^{er} peut être nommé médecin-coordonateur à condition qu'il ait une expérience professionnelle hospitalière de 3 années à temps plein dans la spécialité médicale du service hospitalier dont il souhaite coordonner ou planifier l'activité médicale ou, en cas de groupement de services, dans une des spécialités médicales de ce groupement.

Avant d'être nommé médecin coordonnateur, le médecin visé à l'alinéa 1^{er} doit avoir suivi une formation en gestion hospitalière comportant les aspects suivants:

- a) le rôle et la position du médecin-coordonateur,
- b) le cadre légal et les modalités de financement du secteur hospitalier luxembourgeois,
- c) la gestion de la qualité et des risques,

d) les compétences sociales et humaines

ou une formation reconnue comme équivalente par le ministre ayant la Santé dans ses attributions.

Art. 3. Le médecin-coordonateur peut exercer sa fonction à temps plein ou à temps partiel avec d'autres fonctions dans le même hôpital ou établissement hospitalier.

Il souscrit avec l'hôpital ou l'établissement hospitalier visé un contrat de prestations de services qui précisera les services hospitaliers qu'il sera amené à coordonner, la durée hebdomadaire ou mensuelle qu'il devra dédier aux activités de coordination et de planification, les modalités de calcul et le montant de sa rémunération ainsi que les conditions de sa mission de coordination.

La fonction de médecin coordonnateur est incompatible avec la fonction de chef du département médical ou président du Conseil médical.

Art. 4. Le médecin-coordonateur veille à la continuité des soins médicaux. Il établit le tableau de garde et le plan de service des médecins du ou des services dont il assure la coordination.

Il élabore une procédure d'admission et de renvoi des patients de son service ou groupement de services.

Avec les services compétents de l'hôpital ou de l'établissement hospitalier, il optimise la gestion des lits de son service ou groupement de services, détermine les modalités d'accès et d'utilisation des plateaux et équipements techniques et coordonne les activités ambulatoires du ou des services.

Art. 5. Le médecin-coordonateur veille à la consignation et à la traçabilité de l'activité médicale du ou des services.

Il a accès au dossier individuel visé à l'article 36 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers de tout patient de son service ou groupement de services. Il veille à ce qu'un tel dossier médical soit ouvert pour chaque patient, à la bonne tenue de ces dossiers et à leur conservation à l'hôpital ou dans l'établissement hospitalier.

Art. 6. Le médecin-coordonateur dispose d'un droit de regard sur toutes les activités médicales du service ou du groupement de services dont il coordonne l'activité. Hormis les cas d'urgence, il n'est cependant pas autorisé à intervenir ou à prendre une décision relative au traitement médical d'un patient pris en charge par un médecin de ce service ou groupement de services.

Art. 7. Le médecin-coordonateur promeut la qualité et l'amélioration continue des prestations médicales et de soins de son service ou groupement de services, en collaboration avec le responsable soignant du ou des services.

Dans un but d'optimiser les procédures de traitement, d'utilisation des médicaments, de matériels médicaux et dispositifs médicaux, le médecin-coordonateur prévoit en concertation avec les médecins de son service ou groupement de services des conduites thérapeutiques correspondant à des itinéraires cliniques établis en commun. Le médecin-coordonateur assure ensemble avec ces médecins, le responsable soignant du service et le pharmacien la promotion d'une politique de standardisation des médicaments, matériels et procédures utilisés. En concertation avec le responsable soignant du ou des services, il transpose la politique de qualité définie au niveau institutionnel, qu'il se charge de faire respecter et appliquer.

Le médecin-coordonateur collabore avec le chef du département médical et les structures compétentes de l'établissement hospitalier ou de l'hôpital à l'élaboration d'indicateurs de qualité et de sécurité ainsi que de critères d'évaluation des pratiques médicales.

Art. 8. Le médecin-coordonateur a accès à toutes les données statistiques relatives à l'activité médicale du ou des services qu'il coordonne. Il collabore avec le chef du département médical à l'évaluation des prestations médicales ainsi qu'à l'élaboration du budget de son service ou groupement de services.

A chaque fois qu'il l'estimera nécessaire, le médecin coordonnateur transmettra au chef du département médical un avis relatif :

- a) aux questions de dépenses budgétaires et d'investissement;
- b) aux questions de ressources humaines, en particulier sur la nomination, l'agrégation, le statut ou la révocation des médecins;
- c) aux besoins en et à la planification de la formation continue des médecins

de son service ou de son groupement de services.

Sur demande du Conseil médical, le médecin-coordonateur peut être appelé à donner un avis relatif à l'activité du service ou de services qu'il coordonne. Il peut solliciter l'avis du Conseil médical s'il l'estime nécessaire à une gestion ou une planification appropriée des services dont question.

Art. 9. Le médecin-coordonateur favorise la communication entre les médecins de son service ou groupement de services. Il est l'interlocuteur du chef du département médical, des autres services de son établissement ainsi que des autres prestataires de soins impliqués dans une filière de soins intégrée ou un centre de compétences dont feraient partie son service ou son groupement de services.

Il favorise l'intégration du service ou groupement de services qu'il coordonne au sein de filières de soins intégrée ou de centres de compétences.

Art. 10. Le médecin-coordonateur informe régulièrement les médecins et le personnel soignant de ses services de l'offre de cours de formation continue.

Art. 11. Le médecin-coordonateur veille dans son service au respect:

- a) de la législation et de la réglementation médicale et hospitalière,
- b) du Code de déontologie médicale sans préjudice des compétences du Collège médical en la matière,
- c) des droits des patients,
- c) du règlement général de l'établissement hospitalier dont il dépend,
- d) des projets de services du service ou des groupements de services qu'il coordonne,
- e) des contrats et conventions conclus avec d'autres prestataires dans le cadre de coopérations, de filières de soins intégrées et de centres de compétences.

Il se tient à la disposition des médecins et du personnel soignant afin de leur fournir toutes les informations relatives aux prédites réglementations.

Lorsque le médecin-coordonateur constate dans ses services le non respect par un médecin des points a) à e), il en avise la personne en question. Si le médecin-coordonateur estime qu'il s'agit d'un manquement grave ou répété à une des prédites règles, il en informe le chef du département médical.

Art. 12. Le médecin-coordonateur est informé par le chef du département médical de toute réclamation ou procédure disciplinaire engagée contre un médecin ou tout autre membre du personnel du service ou groupement de services dont il assure la coordination.

Art. 13. Lorsque le médecin-coordonateur constate qu'un médecin n'est plus apte à exercer son métier en raison de problème physique ou psychique, il en informe le chef du département médical.

• • **Art. 14.** Le médecin-coordonateur collabore avec le chef du département médical et les structures compétentes de l'hôpital ou l'établissement hospitalier aux dossiers concernant les procédures d'autorisation des établissements et services hospitaliers.

Art. 15. Notre Ministre de la Santé est chargé de l'exécution du présent règlement qui sera publié au Mémorial.

- *Commentaire des articles* -

Art. 1^{er}.

L'organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier spécialisé ou d'un hôpital peut nommer un ou plusieurs médecins-coordonateur. L'utilisation du terme «peut» se justifie par le fait qu'il s'agit bien d'une faculté dont dispose chaque organisme gestionnaire et non d'une obligation de doter chaque service hospitalier d'un médecin-coordonateur.

Avant de procéder à une telle nomination un certain nombre d'avis doivent être demandés.

Cette disposition détermine encore la durée du mandat du médecin coordonateur.

Art. 2.

Cet article a trait aux conditions que doit remplir un médecin qui souhaite exercer la fonction de médecin-coordonateur. Cette disposition prévoit notamment une obligation de suivre une formation en gestion hospitalière.

Art. 3.

Le médecin agréé ou salarié d'un hôpital qui sera nommé médecin-coordonateur exercera cette fonction à temps partiel ou éventuellement à temps complet.

Il sera lié l'établissement hospitalier par un contrat spécifique de prestations de services relatif à cette fonction de médecin-coordonateur.

Art. 4.

Cet article à trait à la continuité des soins médicaux et à la planification de la gestion des lits dans le ou les services du médecin-coordonateur.

Art. 5.

Le médecin-coordonateur est responsable de la bonne tenue du dossier médical des patients de son service ou groupement de services.

Art. 6.

Cette disposition précise que sauf des cas d'urgence, le médecin-coordonateur n'est pas autorisé à intervenir dans le traitement médical d'un patient pris en charge par un autre médecin de son service ou groupement de services.

Art. 7.

Cet article a trait à la mise en place par le médecin-coordonateur et ce en concertation avec les médecins de son service ou groupement de services de procédures standardisées de prise en charge de patients, d'utilisation de matériel et de médicaments en vue de la promotion de la qualité et de l'amélioration continue des prestations médicales.

Art. 8.

Le médecin coordinateur peut être appelé à émettre un certain nombre avis.

Art. 9.

Le médecin-coordonateur favorise la communication entre les médecins de son service ou groupement de services ainsi que le dialogue entre ces derniers et le chef du département médical, les médecins des autres services ainsi que d'autres prestataires de soins éventuellement impliqués dans une même filière de soins intégrée ou un même centre de compétences.

Art. 10.

Le médecin-coordonateur informe les médecins de ses services de l'offre de cours de formation continue.

Art. 11.

Le médecin-coordonateur veille au respect d'un certain nombre de réglementations.

Art. 12.

Le médecin-coordonateur doit être informé de toute réclamation ou procédure disciplinaire engagée contre un médecin ou tout autre membre du personnel du service ou groupement de services dont il assure la coordination afin d'en tenir compte dans sa mission d'organisation et de planification de son ou ses services.

Art. 13.

Le médecin-coordonateur ne pouvant pas procéder lui-même à la révocation d'un médecin de son ou ses service et qui serait inapte à exercer son métier en raison de problème physique ou psychique, il en informe le chef du département médical.

Art. 14.

Le médecin-coordonateur collabore aux dossiers concernant les procédures d'autorisation des établissements et services hospitaliers.

Avant-projet de règlement grand-ducal relatif au statut, aux modalités de désignation et aux attributions du médecin-coordonateur

- Exposé des motifs -

La loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers prévoit que chaque hôpital et établissement hospitalier spécialisé de 175 lits est structuré en trois départements à savoir un département médical, un département des soins et un département administratif et technique.

La direction d'un établissement hospitalier est confiée à un directeur général nommé par l'organisme gestionnaire. Le directeur général est assisté dans sa mission par des chefs de département pour le département des soins, le département médical et le département administratif et technique dont la mission n'est pas précisément définie dans la prédite loi du 28 août 1998 ou dans ses règlements grand-ducaux d'exécution mais plutôt dans les règlements généraux des établissements hospitaliers en question.

A côté de ces organes de direction, le projet de loi portant réforme du système des soins de santé et modifiant: 1) le Code de la sécurité sociale et 2) la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers vise à introduire dans le milieu hospitalier la fonction de médecin-coordonateur qui tout en étant l'interlocuteur du chef du département médical ou des autres organes de l'établissement hospitalier assurera des fonctions de coordination ainsi que de planification d'un service ou d'un groupement de services et ce dans le respect des projets de services afférents et du projet d'établissement de l'établissement hospitalier.

Le médecin-coordonateur, ensemble avec les médecins de son ou de ses services, contribue à garantir le bon fonctionnement de l'activité médicale au son service ou groupement de services en s'assurant de la qualité et de l'amélioration continue des prestations de soins.

Le médecin-coordonateur sera amené à exercer son activité de coordination non seulement en concertation avec le chef du département médical mais aussi avec le chef de service ainsi que les médecins du service ou groupements de services dont il planifie les activités. Il sera l'interlocuteur de la direction médicale mais également le facilitateur de communication entre les médecins de son service et de dialogue avec la direction médicale ou des prestataires de soins d'autres services.

L'organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier spécialisé ou d'un hôpital peut nommer un ou plusieurs médecins-coordonateur. Il s'agit bien d'une faculté dont dispose chaque organisme gestionnaire et non d'une obligation de doter chaque service hospitalier d'un médecin-coordonateur.

Une telle nomination devra toujours se faire en concertation avec les médecins des services visés.

Le candidat au poste de médecin-coordonateur devra être un médecin salarié ou agréé de l'hôpital ou de l'établissement visé, jouir d'une certaine expérience professionnelle dans la spécialité médicale du ou des services hospitaliers qu'il entend coordonner et avoir suivi une formation en gestion hospitalière.

Une fois nommé, le médecin coordonateur sera lié par un contrat de prestation de services et il exercera sa mission de coordination à temps partiel ou à temps complet.

Le médecin coordinateur aura, sauf le cas d'urgence, un droit de regard sur les activités médicales du service ou groupement de services qu'il coordonne.

Les missions et les attributions de coordination ainsi que de planification du médecin-coordinateur sont des plus variées. Il collaborera avec toutes les structures de l'hôpital à l'élaboration de procédures standardisées de prise en charge de patients et d'utilisation d'infrastructures ou de matériels hospitaliers afin d'améliorer la qualité et la sécurité des prestations médicales de son service ou groupement de service.

Il interviendra encore dans la gestion des ressources humaines, dans l'organisation de formations continues, dans la planification de projets de services, dans la gestion budgétaire et dans la politique d'investissement de son service ou groupement de services. Le médecin coordinateur favorisera également l'intégration du service ou groupement de services qu'il coordonne dans des filières de soins intégrées ou dans des centres de compétence.

Le médecin-coordinateur sera appelé à contribuer au respect des droits des patients, de la réglementation applicable en milieu hospitalière ainsi que du règlement général et des projets de services des hôpitaux.

(27 octobre 2010)

AVANT-PROJET DE RÈGLEMENT GRAND-DUCAL

portant exécution de l'article 26bis de la modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

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

Vu la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, et notamment son article 26bis ;

Vu les avis du Collège médical et du Conseil Supérieur de certaines professions de santé ;

Vu l'avis de la Commission permanente pour le secteur hospitalier ;

Notre Conseil d'Etat entendu ;

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

Arrêtons

Art. 1er.

(1) Lorsqu'il appert qu'une intégration des prestataires impliqués dans la prise en charge des patients présentant une affection ou un groupe d'affections offre un potentiel d'amélioration de la qualité ou de la sécurité de ce type de prise en charge, le ministre peut favoriser une telle intégration par la conclusion d'une convention d'objectifs et de moyens avec ces prestataires, aux fins d'une prise en charge coordonnée.

(2) L'utilisation des dénominations de « filière de soins intégrée » et de « centre de compétences » est réservée aux prestataires de soins de santé dont les prestations délivrées dans le cadre de la prise en charge d'une affection ou d'un groupe d'affections sont coordonnées au sein d'une filière de soins intégrée ou d'un centre de compétence, reconnu par le ministre conformément à la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers et aux dispositions du présent règlement.

Art. 2

(1) Préalablement à la conclusion d'une convention d'objectifs et de moyens, un cahier des charges préalable est dressé par la direction de la Santé et soumis pour avis préliminaire à la Caisse nationale de Santé, au Collège médical, au Conseil supérieur de certaines professions de santé et, le cas échéant, à la Commission permanente pour le secteur hospitalier. Dans la mesure du possible, le cahier des charges préalable est soumis pour avis à une association de patients active dans le domaine concerné.

(2) Le cahier des charges préalable, par lequel le ministre fait appel à l'intégration des prestataires potentiellement impliqués, comporte au moins une description sommaire :

1. de l'affection ou groupe d'affections pour lequel l'intégration des prestataires autour d'un projet commun axé sur le devenir du patient est recherchée ;
2. des objectifs de santé publique recherchés ;
3. des disciplines et compétences auxquelles le cahier des charges préalable s'adresse prioritairement ;
4. des types d'indicateurs et de critères d'évaluation proposés ;
5. des modalités possibles de soutien à l'organisation structurelle de la filière de soins intégrée ou du centre de compétences intégré.

(3) Le cahier des charges préalable finalisé est publié par la voie électronique et porté à l'attention des milieux professionnels intéressés par les moyens les plus appropriés.

Art. 3

(1) En dialogue avec la direction de la Santé, la Caisse nationale de Santé et, dans la mesure du possible, avec une association de patients active dans le domaine concerné, les milieux professionnels intéressés élaborent un projet commun formalisé sous forme d'une proposition de cahier des charges définitif.

La proposition de cahier des charges doit notamment comporter :

1. un projet commun à la filière de soins ou au centre de compétences, axé sur le devenir des patients, comportant :
 - a. l'adoption de standards et de critères communs pour la prise en charge des patients ;
 - b. la documentation de ces standards et critères au sein du dossier de chaque patient, favorisant leur échange lors des transitions du patient d'une structure à l'autre ;
 - c. une vision du patient, à tous les stades de sa prise en charge, orientée vers son devenir à long terme ;
 - d. la collecte et l'évaluation d'indicateurs de résultats permettant aux prestataires de situer leur performance, au sein de la filière intégrée et par rapport à d'autres prestataires locaux ou étrangers ;
 - e. les modalités de réévaluation et d'adaptation régulières à l'évolution des connaissances.
2. un relevé des prestataires associés au projet, de leurs compétences et qualifications, de leur rôle au sein de la filière de soins intégrée, ainsi que des modalités d'association de nouveaux prestataires à la filière de soins intégrée.

3. les modalités d'organisation structurelle de la filière de soins intégrée ou du centre de compétences, dont :
 - a. une plate-forme de dialogue composée de représentants des prestataires, de représentants de la tutelle, et, si possible, de représentants de patients ;
 - b. une cellule managériale, dont la mission est de soutenir l'exécution de la stratégie auprès de chaque prestataire et de soutenir la réalisation des objectifs fixés par la plate-forme ;
 - c. une cellule d'expertise scientifique ;
 - d. un centre de traitement des données.

Les points b. à d. ci-avant sont facultatifs, en fonction des nécessités du projet.

4. un état prévisionnel des moyens humains, financiers et autres.

(2) En fonction des prestataires intéressés, le cahier des charges définitif peut ne couvrir qu'une partie de la séquence de prise en charge des patients présentant l'affection ou le groupe d'affections concernés. Dans ce cas, les prestataires impliqués élaborent un cahier de charges pour une filière de soins intégrée.

Lorsqu'un ensemble de prestataires couvrant la prise en charge d'une affection ou d'un groupe d'affections dans sa globalité élaborent un projet commun, ils constituent un centre de compétences.

Art. 4

(1) Sur base du cahier des charges définitif, une convention d'objectifs et de moyens fixe les moyens accordés par l'Etat et la Caisse nationale de Santé à la réalisation du projet, en fixant des objectifs précis à atteindre, ainsi que les critères et indicateurs d'évaluation appliqués.

(2) La convention d'objectifs et de moyens est conclue pour un période de cinq ans, avec une première évaluation de son fonctionnement au terme de deux ans.

(3) La convention d'objectifs et de moyens fixe les modalités suivant lesquelles elle peut être révisée ou résiliée avant terme, notamment comme suite à l'évaluation intermédiaire de son fonctionnement.

Art. 5 - Notre Ministre de la Santé est chargé de l'exécution du présent règlement qui sera publié au Mémorial.

(27 octobre 2010)

AVANT-PROJET DE RÈGLEMENT GRAND-DUCAL

portant exécution de l'article 26bis de la modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

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

Vu la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, et notamment son article 26bis ;

Vu les avis du Collège médical et du Conseil Supérieur de certaines professions de santé ;

Vu l'avis de la Commission permanente pour le secteur hospitalier ;

Notre Conseil d'Etat entendu ;

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

- Exposé des motifs -

Pour certaines maladies ou groupes de maladies, il est établi que l'excellence des soins d'un prestataire ou d'un service ne permet d'obtenir un résultat optimal pour le patient que si les soins prodigués s'inscrivent dans une séquence coordonnée de prestations délivrées par des prestataires ou services différents.

La coordination de la prise en charge est idéalement assurée par l'intégration des prestataires concernés autour d'un projet commun axé sur le devenir des patients.

L'intégration horizontale assure la coordination des actions des prestataires vers un objectif commun centré sur le patient, tandis que l'intégration verticale assure la co-responsabilisation des prestataires par rapport aux résultats globaux de la prise en charge.

L'expérience faite ces dernières années, notamment dans le cadre de certains services nationaux comme l'INCCI (Institut national de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle), le Centre de radiothérapie François Baclesse ou le Centre de réadaptation fonctionnelle Rehazenter a démontré la plus-value d'une concentration des ressources et des cas à traiter (masse critique). L'amélioration continue de la qualité des résultats obtenus par de tels prestataires reste cependant dépendante de la coordination de leurs efforts avec les prestataires impliqués dans la prise en charge des patients en amont et en aval de ces structures.

Le développement de filières intégrées, réunissant à l'instar des services nationaux davantage de ressources et une masse critique des cas à traiter autour d'un projet commun aux prestataires participant à la filière de soins, constitue ainsi un défi important à relever dans un souci d'amélioration de la qualité et de l'efficacité de notre système de soins de santé. Un outil précieux permettant de favoriser cette intégration des prestataires sont les conventions d'objectifs et de moyens relatives à la constitution d'une filière intégrée.

Le ministre détermine initialement, à travers le cahier des charges préalable, le domaine dans lequel il estime que l'intégration des prestataires présente un potentiel d'amélioration de la qualité ou de la sécurité des patients. Les filières de soins intégrées constituent cependant un regroupement volontaire des prestataires impliqués dans la prise en charge des patients concernés, qui souhaitent porter ensemble un projet cohérent.

Ce regroupement peut, le cas échéant, débiter avec un groupe embryonnaire de prestataires (au moins deux) au sein d'une filière de soins intégrée limitée quant à son ampleur. Celle-ci pourra ultérieurement se développer en filière intégrée de plus en plus « longue » (et complète) par association progressive d'autres prestataires et acteurs. Une filière intégrée réunissant l'ensemble des prestataires et acteurs assurant la prise en charge globale d'une affection ou d'un groupe d'affections devient un centre de compétences. La différence fondamentale entre filières de soins intégrées et centre de compétence est que, dans la première, l'association des prestataires peut éventuellement ne couvrir qu'une partie du parcours nécessité, et que, dans le deuxième, les prestataires associés s'engagent à prendre l'intégralité du parcours du patient en charge pour l'affection ou le groupe d'affections.

- Commentaire des articles -

Art. 1^{er}

Tel que précisé au niveau de l'exposé des motifs, la reconnaissance du statut de « filière intégrée » ou de « centre de compétences » constitue un moyen de favoriser l'intégration des prestataires au tour d'un projet commun axé sur le devenir de patients présentant une affection ou un groupe d'affections. Ceci, d'une part à travers le surplus en visibilité du fait de pouvoir utiliser les « labels » afférents, et, d'autre part, à travers les moyens financiers et autres soutiens accordés dans le cadre des conventions d'objectifs et de moyens afférents.

L'emploi du terme « peut » est en l'espèce justifié, alors que le recours à un appel en vue de la constitution d'un centre de compétences ou d'une filière de soins intégrée ne constitue pas le seul moyen à travers lequel le ministre de la Santé pourrait faire naître la nécessaire intégration des prestataires.

Art. 2

Cet article précise la procédure d'élaboration et le contenu minimal des cahiers des charges préalables, à travers lesquels le ministre dresse une description sommaire du domaine (affection ou groupe d'affection) dans lequel il souhaite voir naître un regroupement de prestataires en vue d'une intégration.

Art. 3

Comme suite à l'appel aux prestataires à travers le cahier des charges préalable, les prestataires désireux de participer à un projet commun, élaborent en dialogue avec la direction de la Santé et la Caisse nationale de Santé, un projet commun formalisé sous forme d'une proposition de cahier des charges définitif.

Cette proposition doit contenir un minimum d'éléments fixés au présent article, ayant trait à la description du projet et des prestataires impliqués, de même que du cadre structurel et des moyens humains, financiers et autres sollicités.

Art. 4

Sur base du cahier des charges dont question à l'article qui précède, une convention d'objectifs et de moyens est conclue entre l'Etat, la Caisse nationale de Santé et les prestataires regroupés à travers la filière de soins intégrée ou le centre de compétences. Celle-ci fixe d'une part les moyens accordés et, d'autre part, les objectifs précis à atteindre, ainsi que les critères et indicateurs d'évaluation appliqués au projet.

03



CHAMBRE DES DÉPUTÉS

Session ordinaire 2010-2011

MB/TB/AF

Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

Procès-verbal de la réunion du 26 octobre 2010

ORDRE DU JOUR :

- 6196 Projet de loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant:
1. le Code de la Sécurité sociale;
 2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers
 - Rapportrice : Madame Lydia Mutsch
 - Continuation de l'examen du projet de loi

*

Présents : Mme Sylvie Andrich-Duval, M. Eugène Berger, M. Félix Braz, M. Jean Colombera, Mme Claudia Dall'Agnol, M. André Hoffmann, M. Jean Huss, M. Lucien Lux, Mme Martine Mergen, M. Paul-Henri Meyers, Mme Lydia Mutsch, M. Marc Spautz, M. Carlo Wagner

M. Mars Di Bartolomeo, Ministre de la Santé, Ministre de la Sécurité sociale
M. Paul Schmit et Mme Toinie Wolter, Inspection générale de la Sécurité sociale

M. Martin Bisenius et Mme Tania Braas, Administration parlementaire

*

Présidence : Mme Lydia Mutsch, Présidente de la Commission

*

**6196 Projet de loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant:
1. le Code de la Sécurité sociale;
2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers**

Suite à diverses remarques introductives de Mme la présidente Lydia Mutsch, il est retenu que la présente réunion sera consacrée à la présentation et à l'examen des points saillants du projet, ceci notamment en vue de la préparation des auditions avec les représentants des principales organisations siégeant au sein de la quadripartite, auditions prévues au cours des réunions du jeudi, le 28 août 2010 à 10.00 heures respectivement à 13.30 heures.

Quant à l'organisation pratique des auditions, il sera recommandé aux différents intervenants de consacrer la moitié du temps disponible à la présentation de leurs observations, la deuxième partie de l'entrevue étant à consacrer à un échange de vues. Il est encore retenu que pour la réunion du jeudi 28 octobre 2010 à 8.30 heures, la commission se verra communiquer différents projets de règlements grand-ducaux d'exécution - dans leur teneur provisoire actuelle -, celui concernant le médecin référent lui ayant déjà été transmis antérieurement.

En ce qui concerne la réunion de la quadripartite prévue pour le lendemain, M. le Ministre rappelle qu'il s'agit d'un organisme consultatif se réunissant au rythme biennuel, la réunion du printemps étant consacrée à des réflexions plus conceptuelles et celle en automne aux projections financières en vue de l'établissement d'un budget en équilibre.

Pour la réunion du lendemain, M. le Ministre exprime le souhait qu'elle contribue à dépasser l'unilatéralisme et la rigidité des positions actuelles afin de retrouver le dialogue entre les partenaires.

Les points les plus importants de la réforme sont les suivants:

- le médecin référent (article 19bis)
- la substitution des médicaments (articles 22 et svts)
- le dossier du patient et l'agence E-Health (article 60ter)
- le conventionnement (article 64)
- la nomenclature, la composition de la commission de nomenclature (Art. 65)
- la Commission de surveillance (articles 72 - 73bis)
- la procédure de Médiation (articles 69 - 71)
- l'enveloppe budgétaire globale (article 74)
- les centres de compétences et les filières de soins (article 26bis nouveau de la loi hospitalière - 28.8.98)
- le statut du médecin coordinateur et du médecin hospitalier (article 29 loi hospitalière).

1) L'introduction de la notion de médecin référent (Point 8° - article 19bis CSS)

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

Le médecin référent sera normalement un médecin généraliste respectivement un médecin pédiatre. En tant que médecin référent, il assumera donc pour le patient un rôle du médecin de premier recours et de première instance dans la chaîne de parcours de soins du patient. De par ses connaissances de l'entourage social et familial du patient, le médecin référent est le mieux placé pour connaître le patient dans sa globalité. En tant que promoteur d'une médecine plus douce, le médecin généraliste, a fortiori s'il assume le rôle de médecin

référént peut notamment arriver à maîtriser la surconsommation de médicaments auprès de certains patients. La création de la fonction de médecin référént entend encourager le rétablissement d'un lien de confiance profond et durable entre le médecin généraliste et le patient.

M. le Ministre souligne que dans l'accueil critique réservé au projet, la notion de médecin référént a engendré dès le début des interprétations erronées et des malentendus. Ainsi, certaines critiques se basent sur des pratiques courantes à l'étranger, mais qu'on ne saurait aucunement déduire du texte du présent projet de loi. Ainsi il n'est nullement dans l'intention du projet gouvernemental d'attribuer au médecin référént un rôle de "gatekeeper" à l'instar du système anglais. Le projet ne prévoit donc pas d'approche contraignante qui obligerait le patient de passer d'abord par le médecin référént avant de pouvoir s'adresser à un médecin spécialiste. Le patient reste libre de choisir ou non un médecin référént, tout comme ce dernier reste libre d'accepter ou non cette fonction pour un patient donné. Il est donc faux d'affirmer que le patient nécessiterait une autorisation préalable du médecin généraliste référént pour pouvoir consulter un médecin spécialiste.

L'objectif est, par exemple dans le cas d'un patient souffrant d'une pathologie diffuse ne faisant pas encore l'objet d'un diagnostic précis, que ce patient ait la possibilité de s'adresser au médecin référént qui peut le conseiller et le guider à travers le parcours d'exams et de traitements à accomplir.

Il a également été allégué que le projet prévoirait des sanctions pour le patient ne s'adressant pas prioritairement au médecin référént. Tel n'est pas le cas, mais il est vrai que dans le commentaire des articles il est annoncé que si l'assuré a choisi un médecin référént et s'il dispose d'une prescription préalable de ce dernier avant de consulter un médecin spécialiste, il peut bénéficier dans certains cas d'un remboursement préférentiel. En d'autres termes, les statuts peuvent donc prévoir des incitations pour le patient de consulter d'abord son médecin référént. En revanche, aucun élément du texte ne permet d'en déduire une possibilité de sanction à l'égard du patient qui ne choisit pas cette voie.

Le rôle du médecin référént est également à mettre en relation avec la reconnaissance de filières de soins intégrées que le projet de loi propose d'instituer à l'article 26bis nouveau de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers. En effet, il appartiendra au médecin référént de guider le patient vers de telles filières de soins qui se sont avérées performantes dans le traitement de pathologies déterminées.

Suite aux explications de M. le Ministre, la commission procède à un échange de vues, dont il y a lieu de retenir succinctement ce qui suit:

- Est relevée une certaine confusion pouvant naître par l'emploi impropre à divers endroits soit de la notion de centre de compétences, soit de celle de filières de soins, sans qu'une justification de l'emploi de l'une ou l'autre terminologie n'apparaisse clairement.

D'autre part, l'exposé des motifs peut nourrir des appréhensions comme quoi l'approche facultative actuelle pourrait dans un stade ultérieur céder sa place à des interventions plus dirigistes de l'Etat dans la mesure où il y est affirmé que "dans une prochaine étape, la position du médecin référént pourrait être renforcée dans le cadre réglementaire et statutaire".

En ce qui concerne la version provisoire du projet de règlement grand-ducal, il est précisé que la mission de coordination des soins du patient doit être vue en relation avec la gestion du dossier de soins partagé auquel le médecin référént peut se référer et dont il assure la mise à jour régulière.

Le point 5 de l'article 19bis nouveau prévoit par ailleurs qu'il incombera au médecin référent de "coordonner les soins dans les cas de pathologies lourdes ou chroniques ou de soins de longue durée".

- En ce qui concerne le caractère plus ou moins contraignant de la formation continue à suivre par le médecin référent (article 10 du même projet de règlement grand-ducal), il est relevé par M. le Ministre que dans un premier temps, il n'y a pas lieu d'assortir l'introduction de cette fonction nouvelle de trop de contraintes, faute de quoi on pourrait risquer une attitude générale de rejet à l'égard de cette innovation. Il est par ailleurs entendu que la question de la formation continue en général devra faire l'objet de dispositions générales à introduire dans la loi organique sur la profession de médecin.

Concernant l'interaction précise entre les dispositions du projet de loi et le texte des règlements grand-ducaux d'exécution, il est renvoyé à l'examen détaillé ultérieur des textes. Il est encore souligné que la mise en œuvre du projet dépendra largement de la bonne volonté des acteurs du terrain et notamment de leur capacité de trouver un terrain d'entente dans le cadre statutaire.

- Plusieurs intervenants s'interrogent sur les modalités de la rémunération du temps investi par le médecin référent dans ses missions. Cette rémunération devra être inscrite dans la nomenclature des médecins et médecins dentistes et correspondra à une rémunération du facteur temps qui s'ajoutera à la rémunération des actes.

- En supposant un succès de cette innovation auprès des patients, on peut encore s'interroger sur l'impact du surplus de temps nécessité en général par le médecin référent sur le nombre requis des médecins généralistes devant pratiquer dans notre pays. Cette question se pose alors que déjà actuellement la relation entre le nombre insuffisant de médecins généralistes et celui des médecins spécialistes nécessite d'être substantiellement corrigé dans les années à venir. Le département de la Santé devra surveiller cette question et le cas échéant établir les projections faisant intervenir les nouvelles données résultant de l'introduction du médecin référent.

- Le médecin référent est également à concevoir comme un relais important dans la promotion de la médecine préventive. Ainsi même abstraction faite d'un éventuel remboursement préférentiel, le patient peut retirer d'autres plus-values lorsqu'il décide de se confier à un médecin généraliste référent. Une enquête récente réalisée par l'INCCI a révélé que 80% des patients ont indiqué qu'ils avaient obtenu des informations sur la prévention de l'infarctus précisément de leur médecin généraliste.

- La crainte qu'avec l'introduction du médecin référent, il y aurait deux catégories de médecins généralistes, suivant qu'ils assument ou non cette fonction, est non fondée, car chaque médecin généraliste est par définition éligible à remplir le rôle de médecin référent.

2) Substitution de médicaments (point 11 - Article 22 bis nouveau)

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

Le principe de la substitution sera opéré pour une liste de médicaments définis appartenant au même groupe de principe actif principal pour lesquels l'équivalence totale a été scientifiquement démontrée. Pour les médicaments dont l'équivalence a été constatée, il appartiendra prioritairement au médecin prescripteur de porter son choix sur le médicament le moins cher, faute de se faire il incombera au pharmacien de proposer à l'assuré la

substitution du médicament prescrit par le médicament moins cher équivalent. La substitution demeure facultative; si l'assuré préfère le médicament prescrit il ne pourra toutefois bénéficier que de la base de remboursement établie en fonction du médicament équivalent le moins cher.

Il est souligné par M. le Ministre que ce faisant le projet propose une démarche douce et prudente dans ce domaine. Cette démarche ne correspond pas du tout au système de substitution obligatoire tel qu'il est pratiqué par exemple aux Pays-Bas. Par ailleurs, il faut relever que jusqu'à présent notre pays a été le seul à ne pas s'engager dans cette voie. Le système proposé ne nuit ni aux médecins, ni aux patients tout en rejoignant l'intérêt général en assurant à la CNS des économies substantielles. Il est par ailleurs faux d'affirmer que le patient pourrait être privé du meilleur médicament possible alors que la substitution ne sera possible que dans les cas où l'équivalence des médicaments en cause aura été scientifiquement démontrée. Il faut encore relever que l'annonce de l'introduction de ce système porte déjà ses fruits dans la mesure où l'industrie pharmaceutique est d'ores et déjà disposée à négocier sur certaines réductions de prix.

Dans le cadre d'un bref échange de vues, la commission évoque les points suivants:

- la nécessité d'une formation continue des médecins en pharmacologie;
- l'opportunité d'œuvrer dans le sens d'une réduction des nombres des médicaments admis.
- La proposition de ne pas calquer la base de remboursement sur le seul médicament le moins cher, mais de prendre en considération la moyenne des quatre médicaments les moins chers, ceci pour éviter que les patients devant suivre des traitements médicamenteux permanents ne soient obligés de changer régulièrement de médicaments.

3) Dossier de soins partagé (Point 31° - article 60bis à article 60quater du CSS)

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

M. le Ministre souligne que le présent projet de loi rassemble les dispositions nécessaires à l'implémentation pratique du dossier de soins partagé, notamment en ce qui concerne la structure du dossier, son champ d'application, les dispositions liant les différents prestataires et le partage des données. Le développement, ainsi que son implémentation progressive sont assurés par l'Agence nationale des informations partagées, regroupant tous les acteurs centraux dans ce domaine. Le financement de cette Agence reviendra à la CNS (2/3) et à l'Etat (1/3).

Bien que le partage de données de santé entre différents acteurs du système de santé comporte des plus-values, la mise en place du dossier de soins partagé doit s'accompagner de mesures adéquates pour garantir la protection des données personnelles. Pour cette raison, les questions touchant la protection des données personnelles devront trouver une réponse en étroite collaboration avec la Commission nationale pour la protection des données (CNPD).

En outre, M. le Ministre relève que le dossier de soins partagé n'est pas à confondre avec le dossier patient unique prévu par la loi hospitalière, mais constitue en quelque sorte un

« dossier patient allégé », regroupant uniquement les médicaments consommés par le patient, ainsi que ses analyses et imageries médicales. Il ne se substitue donc nullement à la documentation créée actuellement par les prestataires de soins. Ces derniers continueront à l'avenir à gérer leur dossier professionnel ou institutionnel.

Il faut encore noter que le patient peut à tout moment s'opposer au partage de données le concernant, soit complètement, soit en partie. (Art. 60quater, paragraphe (4))

Une première application du dossier de soins partagé sera réalisée dans le secteur des laboratoires.

4) Le conventionnement obligatoire (Point 34° - article 64 bis du CSS)

M. le Ministre souligne que le principe du conventionnement obligatoire, spécificité du système de soins luxembourgeois, n'est pas remis en cause par le présent projet de loi. A noter que la substitution de la voie conventionnelle par la voie règlementaire prévue par l'avant-projet de loi a été retirée et en même temps la procédure de médiation (point 40°- article 70 du CSS) est reformée en ce sens qu'une distinction est faite entre la procédure de fixation de la lettre-clé et celle relative à la matière conventionnelle.

Dans le premier cas, c'est-à-dire dans l'hypothèse d'un litige tarifaire, le médiateur dresse en cas de non-accord, un procès-verbal de non-conciliation qu'il transmet au Conseil supérieur de la sécurité sociale. Ce dernier rend alors une sentence arbitrale qui n'est susceptible d'aucune voie de recours.

Par contre, lorsqu'en matière de litige au niveau conventionnel la médiation n'aboutit pas, dans un délai de trois mois à partir de la nomination d'un médiateur, à une convention ou à un accord sur les dispositions conventionnelles obligatoires, le médiateur dresse un procès-verbal de non-conciliation qu'il transmet au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale et auquel il appartiendra alors de statuer afin de permettre le déblocage.

5) La Commission de nomenclature (Point 36°- article 65 bis du CSS)

La composition de la Commission de nomenclature - actuellement caractérisée par la prépondérance des représentants de l'Etat - sera revue en ce sens qu'une parité entre les représentants nommés par les ministres compétents et la Caisse nationale de santé, d'une part, et les experts issus des organismes représentatifs des prestataires, d'autre part, (composition 5/5) avec voix prépondérante du président sera établie. Les associations professionnelles suivantes pourront procéder aux nominations de leurs représentants: l'Association des médecins et médecins-dentistes (2 membres), l'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois (1 membre), le collège médical (1 membre) et le Conseil scientifique (1 membre).

M. le Ministre souligne encore que les représentants de l'Etat ne doivent pas nécessairement avoir le statut de fonctionnaires.

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

6) La Commission de surveillance (Point 42°- article 72 du CSS)

Le projet de loi vise à intégrer le champ de compétence actuel de la Commission de surveillance des décisions individuelles relatives aux tarifs et au tiers payant (volet arbitrage) dans la procédure de décision administrative présidentielle susceptible d'un recours juridictionnel devant les juridictions de la sécurité sociale.

Par conséquent, la Commission de surveillance pourra se concentrer dans le futur sur la poursuite des faits graves violant le Code de la sécurité sociale, notamment en matière de fraude dans le but d'obtenir ou de faire obtenir le bénéfice d'une prestation maladie injustifiée. M. le Ministre souligne qu'il s'agit en moyenne de 2 à 3 cas par an.

*

La Commission poursuivra l'examen des autres points essentiels du projet de loi (l'enveloppe budgétaire globale, les centres de compétence et filières de soins, le médecin coordinateur, le statut du médecin hospitalier) dans de sa prochaine réunion fixée au jeudi, le 28 octobre 2010 à 8h30. Il est prévu que lors de cette réunion, les avant-projets de règlements grand-ducaux prioritaires seront distribués à la Commission.

Luxembourg, le 4 novembre 2010

Les Secrétaires,
Martin Bisenius
Tania Braas

La Présidente,
Lydia Mutsch

02

CHAMBRE DES DÉPUTÉS

Session ordinaire 2010-2011

MB/TB/AF

Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

Procès-verbal de la réunion du 21 octobre 2010

ORDRE DU JOUR :

1. Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 14 octobre 2010
2. 6196 Projet de loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant:
 1. le Code de la Sécurité sociale;
 2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers- Rapportrice: Mme Lydia Mutsch
- Continuation de l'examen du projet de loi

*

Présents : Mme Sylvie Andrich-Duval, M. Eugène Berger, M. Félix Braz, M. Jean Colombera, Mme Claudia Dall'Agnol, Mme Lydie Err, M. André Hoffmann, M. Jean Huss, M. Lucien Lux, Mme Martine Mergen, M. Paul-Henri Meyers, M. Jean-Paul Schaaf, M. Marc Spautz, M. Carlo Wagner

M. Mars Di Bartolomeo, Ministre de la Santé, Ministre de la Sécurité sociale
M. Paul Schmit et Mme Toinie Wolter, Inspection générale de la Sécurité sociale

M. Martin Bisenius et Mme Tania Braas, Administration parlementaire

Excusée : Mme Lydia Mutsch, présidente

*

Présidence : Mme Martine Mergen, vice-présidente de la commission

*

1. Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 14 octobre 2010

Le procès-verbal de la réunion du 14 octobre 2010 est approuvé.

2. 6196 **Projet de loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant:**
1. le Code de la Sécurité sociale;
2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers

La commission décide de convoquer deux réunions supplémentaires à consacrer au projet de loi 6196, à savoir:

- mardi, le 26 octobre 2010 à 15.30 heures,
- jeudi, le 11 novembre 2010 à 9.00 heures.

Quant à la réunion du vendredi 12 novembre 2010 à 14.30 heures avec la direction de l'IBBL, il est retenu

- que, conformément à la suggestion des responsables de l'Integrated BioBank of Luxembourg (IBBL), il sera proposé aux présidents de la Commission de l'Economie, du Commerce extérieur et de l'Economie solidaire et de la Commission de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, des Média, des Communications et de l'Espace de tenir cette réunion sous forme de réunion jointe des trois commissions,

- qu'il n'y a pas lieu de prévoir une traduction simultanée anglais-luxembourgeois.

* * *

La Commission procède à l'analyse des articles du projet de loi.

Article 1^{er}

Point 1° - article 2, paragraphe 1 du CSS

L'article 2, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale (ci-après « CSS ») a trait à l'assurance maladie-maternité continuée.

La représentante de l'Inspection générale de la sécurité sociale présente les modifications apportées au paragraphe 1 de l'article 2 du CSS et souligne qu'elles reflètent les propositions du comité-directeur du Centre commun de la sécurité sociale, dans le but de contrecarrer les problèmes liés au non-paiement des arriérés de cotisations dans le cadre de l'assurance volontaire.

Elle informe la Commission que dans le système actuel, le délai pour faire une demande en admission à l'assurance maladie-maternité continuée est de six mois et qu'elle donne directement droit aux prestations de soins de santé. Elle souligne que la prise en charge directe implique que des prestations de soins de santé sont payées de manière considérable pendant six mois, sans que des cotisations y afférentes soient versées. Les cotisations devraient en principe être payées rétroactivement par l'assuré bénéficiaire d'une assurance maladie-maternité continuée. Toutefois, en cas de non-paiement des arriérés de cotisations, le Centre commun de la sécurité sociale ne procède pas à leur recouvrement forcé pour deux raisons. D'une part, le coût du recouvrement serait dans la plupart des cas disproportionné par rapport aux montants à recouvrer et d'autre part, le recouvrement par voie de saisie sur salaire serait illusoire, étant donné qu'il s'agit en général de personnes ne disposant pas de revenus professionnels.

Pour limiter les cas dans lesquels il y a prise en charge directe sans contrepartie financière de l'assuré, il est proposé de ramener le délai pour faire une demande en admission à l'assurance maladie-maternité continuée de six à trois mois. En fait, en cas de cessation de l'affiliation obligatoire, le droit aux prestations de soins de santé pour le mois en cours et les trois mois subséquents est maintenu, à condition toutefois d'avoir été affilié pendant une période de six mois précédant immédiatement la désaffiliation.

Il est donc prévu d'introduire une condition de stage de 6 mois d'affiliation obligatoire précédant immédiatement la désaffiliation pour l'admission à l'assurance maladie continuée. En même temps, la réduction du délai de 6 à 3 mois pour la demande en admission de l'assurance continuée doit s'accompagner d'une amélioration de l'information écrite des assurés désaffiliés.

Il est encore précisé que les personnes ne remplissant pas cette condition de stage, auront la possibilité de contracter une assurance maladie-maternité facultative laquelle n'ouvre toutefois droit aux prestations de soins de santé qu'après un délai de carence de trois mois.

Quant à la demande d'un membre de la Commission d'illustrer à l'aide d'un cas-type la situation actuelle et la signification pratique des modifications prévues par le présent projet de loi, la représentante de l'IGSS explique qu'à l'heure actuelle, un assuré qui cesse d'être affilié obligatoirement ou ne bénéficie plus d'une co-assurance, dispose d'un délai de six mois pour faire une demande d'assurance maladie-maternité continuée. Cette assurance donne directement droit aux prestations de soins de santé. Des cotisations doivent en principe être payées pendant ces six mois, mais comme il s'agit en général d'une population qui n'a pas de revenus professionnels, une saisie sur salaire serait illusoire et la procédure de recouvrement forcé deviendrait trop coûteuse (frais de l'huissier de justice etc.) par rapport au montant à recouvrer.

Suite à la présentation des modifications apportées au paragraphe 1 de l'article 2 du CSS, la Commission procède à un échange de vues, duquel il y a lieu de retenir succinctement les éléments suivants :

- en ce qui concerne les toxicomanes, qui en général ne travaillent que pour des périodes de courte durée et qui parfois risquent même de se retrouver pendant certaines périodes en prison, et qui pour ces raisons, ne remplissent pas la condition de stage de six mois, il convient de noter que les périodes passées en prison ne comptent pas pour le calcul de la période de stage, mais que les prisonniers ont droit aux prestations en nature financées par le budget du Ministère de la Santé ;
- les personnes indigentes bénéficient d'une assistance sociale assurant la gratuité médicale, ainsi que le paiement des cotisations de l'assurance maladie-maternité volontaire ;
- l'avantage de la diminution du délai de six à trois mois consiste pour le CCSS dans le fait que les arriérés de cotisations, au recouvrement desquels le CCSS ne procède pas de toute manière, s'élèveront désormais encore seulement à trois et non plus à six mois, ce qui a pour corollaire que la dette de l'assuré sera également réduite de six à trois mois ;
- est exprimé le souhait de se voir communiquer des données chiffrées détaillées renseignant sur le nombre concret de personnes concernées par ces nouvelles mesures;
- mise à part la limitation des conséquences financières tant pour les assurés que pour le CCSS, la diminution du délai de six à trois mois n'entraînera pas de changements

notables, étant donné que l'expérience montre que les personnes n'ayant pas fait de demande endéans un délai de trois mois, ne la feront non plus après ce délai;

- force est de constater que les personnes indigentes devant avoir recours aux soins de santé, notamment aux services d'urgences hospitaliers, ne passent pas à travers les mailles du filet social, mais sont prises en charge par un fonds social (ancien Fonds des gros risques). Dans l'hypothèse où les différents réseaux de santé ont fourni des soins de santé et envoyé par après une facture au patient qu'il ne peut pas payer, ils font une demande de prise en charge de ces personnes par ledit fonds auprès du Ministère de la Sécurité sociale. Ces demandes ont augmenté de manière pharamineuse ces dernières années et ne concernent pas nécessairement des personnes indigentes résidant au Luxembourg, mais des personnes non couvertes par une assurance-maladie, venant de l'étranger et se retrouvant aux services d'urgences hospitaliers. Les montants de prise en charge sont souvent très élevés, notamment dans le cas de personnes non assurées, par exemple atteintes du SIDA, d'un cancer difficile à soigner ou ayant fait une crise cardiaque.

Point 2° - article 8 du CSS

L'article 8 ayant trait à l'objet général de l'assurance est modifié afin de tenir compte de la transition du système de financement direct des prestations de l'Etat en matière de l'assurance-maternité vers le système de financement général de l'assurance-maladie. En outre, un engagement plus appuyé de la CNS dans la médecine préventive est prévu.

M. le Ministre précise que le transfert de l'assurance-maternité dans le régime général de l'assurance-maladie résulte d'une décision politique figurant dans le programme gouvernemental et que les modifications prévues par l'article 8 sont des modifications techniques permettant ce transfert.

Il souligne que jusqu'à présent, la maternité est le seul risque qui n'est toujours pas intégré dans la CNS et qui est entièrement pris en charge par le budget de l'Etat. Le financement actuel de l'Etat sera transféré vers l'assurance-maladie, et dans le budget de l'Etat de 2011 est prévue une dotation spécifique de l'Etat au montant de 20 millions d'euros, afin de compenser une augmentation éventuelle des dépenses liées aux prestations en espèces de la maternité.

Force est de constater que les dispenses de travail en cas de grossesse augmentent de manière considérable. Il semble que la grossesse est de plus en plus considérée comme une "maladie" et qu'à partir du moment où l'état de grossesse est médicalement constaté, une dispense de travail est automatiquement accordée. Or, cette façon de procéder est contraire à la vocation initiale de la dispense de travail, qui consistait à protéger d'une part, la femme enceinte travaillant sur un poste à risques et ne pouvant pas être affectée à un autre poste de travail, et d'autre part, celle ayant une grossesse compliquée.

S'y ajoute que l'Etat respectivement le Ministère des Finances, qui procède à la liquidation du budget, n'est pas outillé à faire le suivi des dispenses de travail, tandis que la CNS dispose des moyens pour le faire en partenariat avec les services de la médecine du travail et les employeurs.

Pour ces raisons, il est proposé d'intégrer les prestations de maternité dans le régime général de l'assurance-maladie. L'objectif consiste à procéder avec la participation financière de l'Etat, à une adaptation des mécanismes d'attribution des dispenses de travail et de mettre une fois pour toute un terme au recours abusif aux dispenses de travail en cas de maternité.

M. le Ministre souligne encore que ce transfert n'aura pas de conséquences directes sur les prestations en nature et les dispenses de travail, mais le recours excessif aux dispenses de travail devra être impérativement contrecarré dans une prochaine étape.

Suite aux explications fournies par M. le Ministre, la Commission procède à un échange de vues, duquel il y a lieu de retenir succinctement les éléments suivants :

- bien que le texte du projet de loi ne permette pas à lui-même de contrecarrer directement le recours aux dispenses de travail, devenu effectivement excessif au Luxembourg, la mise en place d'un cadre législatif contraignant ne s'impose pas, étant donné que la CNS, de part sa gestion (assumée par les partenaires sociaux) et son fonctionnement (en partenariat avec les différents prestataires de soins), dispose de moyens suffisants, contrairement au Ministère des Finances, pour trouver, par le biais de négociations avec les partenaires sociaux, un accord sur les critères d'attribution de la dispense de travail ;
- en ce qui concerne le financement futur des programmes de mesures de médecine préventive soutenus par la CNS, il convient de noter que les programmes de l'Etat repris par la CNS, constituent des programmes communs, qui, jusqu'à présent, ont été financés en partie par l'Etat et en partie par la CNS, et que désormais, les programmes de mesures de médecine préventive soutenus par la CNS, seront financés par le budget de l'Etat. En pratique, le soutien de programmes ou de mesures de médecine préventive par la CNS se fera par le biais de négociations avec les différents partenaires concernés et le coût y afférent sera inscrit dans le budget de l'Etat respectif. Il est prévu que ces mesures seront financées par le biais d'économies réalisées par l'Etat, suite à une diminution des dépenses excessives dans certains domaines tel que le domaine pharmaceutique (des négociations sont en cours avec l'industrie pharmaceutique);
- l'intégration de l'assurance-maternité dans l'assurance-maladie n'équivaut pas à un désengagement à terme de l'Etat, et ce pour trois raisons, à savoir :
 1. il n'existe aucun autre Etat au monde où la maternité est prise en charge à 100% par l'Etat ;
 2. le financement actuel de l'Etat (160 millions) sera transféré entièrement à l'assurance-maladie ;
 3. le changement envisagé se répercute dans une augmentation de la participation de l'Etat : une dotation spécifique de 20 millions est prévue dans le budget de l'Etat pour compenser l'augmentation éventuelle des dépenses liées aux prestations en espèces de la matière;
- le transfert de l'assurance-maternité dans le régime général de l'assurance-maladie constitue une opération financière neutre pour la CNS ;
- la participation de l'Etat n'est pas diminuée de 100% à 40%, mais le montant actuel de 160 millions d'euros est transféré entièrement à la CNS. Dans la mesure où il s'avérerait qu'il ne s'agisse pas d'une opération financièrement neutre pour la CNS, l'Etat prendrait en charge 40% des augmentations des dépenses liées aux prestations en espèces en la matière, garanties dans une phase transitoire, par la dotation spécifique de 20 millions d'euros. La CNS prendra en charge 60% des augmentations des dépenses, répercutées sur les assurés et les employeurs. Toutefois, en cas de diminution des dépenses suite à une adaptation des mécanismes de demande et d'attribution des dispenses de travail (cas le plus favorable), la CNS ferait un bénéfice et la dotation spécifique ne serait plus due ;

- dans le futur, le CCSS pourra toujours faire la ventilation entre les prestations relevant de la maternité et celles fournies en cas de maladie en différenciant suivant les pathologies;
- dans un souci de transparence et dans l'objectif de contrecarrer le recours excessif aux dispenses de travail en maternité, l'inscription des codes sur les mémoires d'honoraires des médecins devra être faite avec plus de précision;
- dans le cadre des demandes de dispenses de travail en matière de maternité, la définition de l'intervention future des services de la médecine du travail fera l'objet d'un projet à part, étant donné qu'elle implique des négociations entre partenaires sociaux, nécessitant une comparaison des conditions d'attribution inscrites dans le Code du travail, pour pouvoir déterminer les cas dans lesquels la dispense est à accorder;

Points 3 et 4 - articles 10 et 12

Ces points modifient respectivement les articles 10 et 12 du CSS afin de tenir compte de l'introduction d'un taux unique de cotisation pour l'assurance maladie-maternité.

Pour les salariés (article 10) et les non salariés (article 12), l'indemnité pécuniaire de maladie sera dorénavant calculée, non plus sur base de l'assiette cotisable, mais sur base du revenu professionnel.

Ces points ne donnent pas lieu à observations particulières de la commission.

Point 5 - article 17 CSS

Ce point modifie l'article 17 du CSS qui détermine les prestations de soins de santé prises en charge dans une mesure suffisante et appropriée par l'assurance maladie-maternité. D'une façon générale, on peut dire que les modifications proposées ont pour objet de moderniser la terminologie, notamment en l'adaptant à celle employée au plan européen.

- Point 3) de l'article 17 CSS

Ce point prévoit la prise en charge des traitements effectués par des professionnels de santé.

Quant à un éventuel remboursement des traitements en ostéopathie, il est précisé que la condition préalable indispensable réside dans la reconnaissance de la profession d'ostéopathe comme profession de santé. Ce ne sera qu'à ce moment que la voie du remboursement s'ouvrira, c'est-à-dire qu'une convention pourra être conclue avec les professionnels en cause définissant la nomenclature de leurs actes et les taux de prise en charge. Il est rappelé que la question de la reconnaissance de la profession d'ostéopathe a été tenue en suspens en attendant les lignes directrices que l'OMS s'apprête à publier sur ce sujet.

A noter encore que pour la profession de podologue la reconnaissance est toute récente et assure désormais la prise en charge des actes professionnels en cause.

- Point 4) de l'article 17 CSS

Pour des raisons de mise en conformité avec la terminologie européenne, l'expression "analyses et examens de laboratoire" est remplacée par "analyses médicales de biologie clinique". Cette expression moderne est plus adaptée pour couvrir l'ensemble des prestations entrant en ligne de compte pour la prise en charge par la CNS.

Il est précisé que cette expression ne couvre pas les examens en anatomie pathologique, particulièrement importants en cancérologie et aujourd'hui exclusivement effectués au laboratoire national de santé. L'intérêt de la santé publique - par exemple en vue de la mise en place d'un registre national des tumeurs - exige que cette spécialité continue à être pratiquée de façon centralisée dans le laboratoire public et non pas dans les laboratoires privés.

A cet effet, il est toutefois indispensable que cet établissement soit réformé pour retrouver l'efficacité qui lui fait actuellement défaut. Le projet de loi afférent sera déposé avant la fin de l'année en cours.

- Point 5) de l'article 17 CSS

Ce point tient compte du recours de plus en plus prononcé et médicalement indiqué aux implants ostéo-intégrés en médecine dentaire. Actuellement le remboursement de ces prestations n'est pas possible, même pas par analogie, de sorte que le projet tend à introduire une ouverture légale sur ce point. Il est entendu qu'il appartiendra aux statuts d'en définir les modalités, notamment en se basant sur des études scientifiques en la matière.

Dans ce contexte, M. le Ministre souligne la volonté politique d'étendre en médecine dentaire le remboursement, actuellement insuffisant, en matière de prothèses et "bridge". Compte tenu des blocages existant sur ce point depuis des années au niveau de la CNS, la solution pourrait être d'imposer une nouvelle nomenclature par la voie réglementaire en tenant compte de l'évidence scientifique et des meilleures pratiques. Or le recours à la voie réglementaire fait précisément l'objet de vives contestations dans le cadre des discussions sur le présent projet. En tout état de cause faudra-t-il trouver les moyens pour dépasser l'immobilisme actuel. Est encore soulignée la nécessité d'adjoindre également des spécialistes en immunologie à la cellule d'experts appelés à étudier ce dossier.

- Point 6) de l'article 17 CSS

En ce qui concerne le remboursement des médicaments, il est rappelé que la condition d'ouverture au remboursement à remplir pour tout médicament est celle d'être inscrit sur la liste positive arrêtée sur base de la valeur thérapeutique qui doit être scientifiquement démontrée. L'inscription sur la liste positive se fait sur base de propositions du service compétent de la CNS en collaboration avec la division de la pharmacie de la direction de la santé et avec l'EMA. Cette procédure vaut également pour les médicaments homéopathiques.

- Point 9) de l'article 17 CSS (ancien paragraphe 2)

Ce point prévoit que sont pris en charge les frais de séjour à l'hôpital en cas d'accouchement et en cas d'hospitalisation d'une personne pour laquelle les soins en vue de sa guérison, de l'amélioration de son état de santé ou de l'atténuation de ses souffrances ne peuvent être dispensés en dehors du milieu hospitalier, ces critères pouvant être précisés par règlement grand-ducal.

Il est précisé que la disposition facultative permettant de préciser les critères susvisés par voie de règlement grand-ducal a été maintenue afin de pouvoir se donner les moyens, si le besoin se faisait jour, de contrecarrer la résurgence éventuelle d'une tendance des hôpitaux à améliorer le taux d'occupation de leurs lits par le biais de l'hospitalisation de cas de simple hébergement.

- Point 13) de l'article 17 CSS

Ce point prévoit la prise en charge des soins palliatifs suivant les modalités d'attribution précisées par règlement grand-ducal.

Plusieurs intervenants soulèvent la question de savoir s'il n'y a pas lieu de mentionner dans cet article, au même titre que les soins palliatifs pris en charge, également les soins prodigués (consultations et emploi des substances euthanasiantes) en vue d'une euthanasie. Ceci pourrait se faire par exemple en faisant référence aux soins dispensés conformément aux deux lois de base¹ portant respectivement sur les soins palliatifs et l'euthanasie.

Il est précisé par les experts gouvernementaux que jusqu'à présent il a été considéré que l'ensemble des actes prestés en vue d'une euthanasie sont couverts au titre des points 1° à 12° de l'article 17 et ne nécessitent partant pas de nomenclature spécifique. En d'autres termes, même à législation constante la prise en charge de tous les actes pratiqués en vertu d'une euthanasie, en milieu hospitalier ou extrahospitalier, est assurée et n'a d'ailleurs donné lieu à aucun problème en pratique. Les actes d'euthanasie sont donc considérés comme étant couverts par la nomenclature existante.

En revanche, pour les soins palliatifs il n'existe à ce jour pas encore de convention ou de nomenclature au sens des articles 61 et 65 du CSS de sorte qu'il est nécessaire de garantir leur prise en charge par le biais du point 13 suivant des modalités d'attribution à préciser par règlement grand-ducal.

Sur proposition de M. le Ministre, il est retenu que les experts gouvernementaux étudieront l'opportunité d'un amendement remplaçant la référence actuelle aux seuls soins palliatifs par l'emploi d'une formulation générique, à savoir "aux soins en fin de vie", couvrant effectivement tous les soins en fin de vie soit par des soins palliatifs, soit par l'euthanasie, soit par l'assistance au suicide.

La commission reviendra ultérieurement sur ce point.

Paragraphe 2 de l'article 17 CSS

Actuellement le paragraphe 3 de l'article 17 prévoit que des programmes de médecine préventive sont élaborés par la direction de la santé en collaboration avec la Caisse nationale de santé.

Le projet de loi prévoit au paragraphe 2 de remplacer la formule obligatoire par une disposition facultative "... peuvent être organisées."

Suite à un échange de vues, la commission tend à réintroduire l'ancienne formulation obligatoire; le ministre de la Santé et de la Sécurité sociale est disposé à soutenir un tel

¹ - Loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie et modifiant: 1. le Code de la sécurité sociale; 2. la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat; 3. la loi modifiée du 24 décembre 1985 fixant le statut général des fonctionnaires communaux; 4. le Code du travail
- Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide

amendement, sous réserve d'une vérification d'éventuelles interférences avec les compétences d'autres instances.

*

Quant à la méthode de travail, la commission retient que les amendements parlementaires éventuels qui se dégageront à ce stade de l'examen du texte seront transmis au Conseil d'Etat afin que ce dernier puisse déjà en tenir compte dans son avis.

*

En fin de réunion, M. le Ministre fait distribuer une version provisoire de l'avant-projet de règlement grand-ducal fixant les qualifications, les droits et les obligations du médecin référent.

*

La commission poursuivra l'examen du texte dans sa prochaine réunion fixée au mardi, le 26 octobre 2010 à 15.30 heures.

Luxembourg, le 26 octobre 2010

Les Secrétaires,
Martin Bisenius
Tania Braas

La Vice-Présidente,
Martine Mergen

6196



RECUEIL DE LEGISLATION

A — N° 96

13 mai 2011

Sommaire

Règlement grand-ducal du 28 avril 2011 portant modification du règlement grand-ducal du 14 mai 2009 déterminant les modalités suivant lesquelles un enfant peut être admis dans une école d'une commune autre que sa commune de résidence ainsi que le mode de calcul des frais de scolarité	page 1582
Règlement grand-ducal du 5 mai 2011 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 16 juillet 1999 portant nomenclature et classification des établissements classés	1582
Règlement ministériel du 12 mai 2011 modifiant l'annexe I C du règlement grand-ducal du 29 octobre 2010 portant exécution de la loi du 27 octobre 2010 relative à la mise en œuvre de résolutions du Conseil de Sécurité des Nations Unies et d'actes adoptés par l'Union européenne comportant des interdictions et mesures restrictives en matière financière à l'encontre de certaines personnes, entités et groupes dans le cadre de la lutte contre le financement du terrorisme	1583
Protocole relatif à l'Arrangement de Madrid concernant l'enregistrement international des marques, adopté à Madrid, le 27 juin 1989 – Adhésion de la République du Tadjikistan	1583
Statuts de l'Agence internationale pour les énergies renouvelables (IRENA), faits à Bonn, le 26 janvier 2009 – Ratification de différents Etats	1584
Loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé et modifiant:	
1. le Code de la sécurité sociale;	
2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers – RECTIFICATIF	1584

Règlement grand-ducal du 28 avril 2011 portant modification du règlement grand-ducal du 14 mai 2009 déterminant les modalités suivant lesquelles un enfant peut être admis dans une école d'une commune autre que sa commune de résidence ainsi que le mode de calcul des frais de scolarité.

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

Vu la loi du 6 février 2009 portant organisation de l'enseignement fondamental notamment l'article 20;

Notre Conseil d'État entendu;

Sur le rapport de Notre Ministre de l'Éducation nationale et de la Formation professionnelle et après délibération du Gouvernement en Conseil;

Arrêtons:

Art. 1^{er}. L'article 4 du règlement grand-ducal du 14 mai 2009 déterminant les modalités suivant lesquelles un enfant peut être admis dans une école d'une commune autre que sa commune de résidence ainsi que le mode de calcul des frais de scolarité est remplacé comme suit:

«**Art. 4.** Le conseil communal de la commune d'accueil détermine la redevance annuelle pour frais de scolarité qui ne peut dépasser six cents euros par élève.»

Art. 2. Notre Ministre de l'Éducation nationale et de la Formation professionnelle est chargée de l'exécution du présent règlement qui sera publié au Mémorial.

*La Ministre de l'Éducation nationale
et de la Formation professionnelle,
Mady Delvaux-Stehres*

Londres, le 28 avril 2011.
Henri

Règlement grand-ducal du 5 mai 2011 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 16 juillet 1999 portant nomenclature et classification des établissements classés.

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

Vu la loi modifiée du 10 juin 1999 relative aux établissements classés et notamment son article 3;

Vu les avis de la Chambre des Métiers et de la Chambre de Commerce;

Vu la demande d'avis adressée à la Chambre des Salariés;

Notre Conseil d'Etat entendu;

Sur le rapport de Notre Ministre du Travail, de l'Emploi et de l'Immigration, de Notre Ministre du Développement durable et des Infrastructures et de Notre Ministre de l'Intérieur et à la Grande Région et après délibération du Gouvernement en Conseil;

Arrêtons:

Art. 1^{er}. Le point 302 de l'annexe du règlement grand-ducal modifié du 16 juillet 1999 portant nomenclature et classification des établissements classés est remplacé par le texte suivant:

«302.		Radiations non-ionisantes, radiofréquences comprises dans la bande de fréquence de 10kHz à 3000GHz:	
	1)	Radar (émetteurs fixes pour le contrôle du trafic aérien).	1
	2)	Tomographe à résonance magnétique nucléaire.	3A
	3)	Emetteur d'ondes électromagnétiques ou ensemble d'émetteurs d'ondes électromagnétiques installés sur un même site dont le total (somme arithmétique) des puissances maximales fournies à l'entrée des antennes est supérieur ou égal à 2500W.	1
	4)	Emetteur d'ondes électromagnétiques ou ensemble d'émetteurs d'ondes électromagnétiques installés sur un même site dont le total (somme arithmétique) des puissances maximales fournies à l'entrée des antennes ou du système d'antennes est compris entre 100W et 2500W.	3»

Art. 2. Notre Ministre du Travail, de l'Emploi et de l'Immigration, Notre Ministre du Développement durable et des Infrastructures et Notre Ministre de l'Intérieur et à la Grande Région sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent règlement qui sera publié au Mémorial.

*Le Ministre du Travail, de l'Emploi
et de l'Immigration,*
Nicolas Schmit

Palais de Luxembourg, le 5 mai 2011.
Henri

*Le Ministre du Développement durable
et des Infrastructures,*
Claude Wiseler

*Le Ministre de l'Intérieur
et à la Grande Région,*
Jean-Marie Halsdorf

Règlement ministériel du 12 mai 2011 modifiant l'annexe I C du règlement grand-ducal du 29 octobre 2010 portant exécution de la loi du 27 octobre 2010 relative à la mise en œuvre de résolutions du Conseil de Sécurité des Nations Unies et d'actes adoptés par l'Union européenne comportant des interdictions et mesures restrictives en matière financière à l'encontre de certaines personnes, entités et groupes dans le cadre de la lutte contre le financement du terrorisme.

Le Ministre des Finances,

Vu l'article 76, alinéa 2 de la Constitution;

Vu la loi du 27 octobre 2010 relative à la mise en œuvre de résolutions du Conseil de Sécurité des Nations Unies et d'actes adoptés par l'Union européenne comportant des interdictions et mesures restrictives en matière financière à l'encontre de certaines personnes, entités et groupes dans le cadre de la lutte contre le financement du terrorisme;

Vu le règlement grand-ducal du 29 octobre 2010 portant exécution de la loi du 27 octobre 2010 relative à la mise en œuvre de résolutions du Conseil de Sécurité des Nations Unies et d'actes adoptés par l'Union européenne comportant des interdictions et mesures restrictives en matière financière à l'encontre de certaines personnes, entités et groupes dans le cadre de la lutte contre le financement du terrorisme;

Vu la décision du 10 mai 2011 du Comité du Conseil de sécurité mis en place conformément à la résolution 1267 concernant Al-Qaida, les Taliban et les individus et entités associés;

Arrête:

Art. 1^{er}. A l'annexe I C du règlement grand-ducal du 29 octobre 2010 portant exécution de la loi du 27 octobre 2010 relative à la mise en œuvre de résolutions du Conseil de Sécurité des Nations Unies et d'actes adoptés par l'Union européenne comportant des interdictions et mesures restrictives en matière financière à l'encontre de certaines personnes, entités et groupes dans le cadre de la lutte contre le financement du terrorisme, est ajoutée la personne suivante, telle que désignée par le Comité du Conseil de sécurité mis en place conformément à la résolution 1267:

BADRUDDIN HAQQANI

Art. 2. Le présent règlement entre en vigueur dès sa publication.

Luxembourg, le 12 mai 2011.

Le Ministre des Finances,
Luc Frieden

Protocole relatif à l'Arrangement de Madrid concernant l'enregistrement international des marques, adopté à Madrid, le 27 juin 1989. – Adhésion de la République du Tadjikistan.

Il résulte d'une notification du Directeur Général de l'Organisation Mondiale de la Propriété Intellectuelle qu'en date du 31 mars 2011 la République du Tadjikistan a adhéré à l'Acte désigné ci-dessus, qui entrera en vigueur à l'égard de cet Etat le 30 juin 2011.

Déclarations

- Conformément à l'article 5.2)d) et en application de l'article 5.2)b) du Protocole de Madrid (1989), le délai d'un an prévu à l'article 5.2)a) du Protocole pour l'exercice du droit de notifier un refus de protection est remplacé par 18 mois;
- conformément à l'article 8.7)a) du Protocole de Madrid (1989), la République du Tadjikistan, à l'égard de chaque enregistrement international dans lequel il est mentionné selon l'article 3^{ter} dudit Protocole, ainsi qu'à l'égard du renouvellement d'un tel enregistrement international, veut recevoir une taxe individuelle, au lieu d'une part du revenu provenant des émoluments supplémentaires et des compléments d'émoluments.

**Statuts de l'Agence internationale pour les énergies renouvelables (IRENA), faits à Bonn,
le 26 janvier 2009. – Ratification de différents Etats.**

Il résulte d'une notification du Gouvernement de la République fédérale d'Allemagne que les Etats suivants ont ratifié les Statuts désignés ci-dessus aux dates indiquées ci-après:

<u>Etat</u>	<u>Ratification</u>
Finlande	23.02.2011
Gambie	01.03.2011
Lituanie	01.03.2011
Suisse	01.03.2011
Espagne	02.03.2011
France	02.03.2011
Etats-Unis d'Amérique	04.03.2011
Mexique	04.03.2011
Swaziland	04.03.2011
Sierra Leone	25.03.2011
Maurice	25.03.2011
Mozambique	29.03.2011

Les Statuts sont entrés en vigueur à l'égard de ces Etats le trentième jour suivant la date du dépôt de leurs instruments de ratification.

Loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé et modifiant:

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

RECTIFICATIF

Au Mémorial A – N° 242 du 27 décembre 2010, à la page 4057, article 2, point 1°, sous b) de la susdite loi, il y a lieu de lire:

«La définition de l'alinéa 5, sous c) prend la teneur suivante:

«c) «établissement d'accueil pour personnes en fin de vie», tout établissement qui répond principalement aux besoins des personnes en fin de vie qui y sont accueillies, à l'exclusion de soins à visée principalement curative;»»