

N° 5130⁶**CHAMBRE DES DEPUTES**

Session ordinaire 2002-2003

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

* * *

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

(14.7.2003)

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

*

I. PROCEDURE LEGISLATIVE

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

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

*

II. GENESE ET OBJET DU PROJET DE LOI

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

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

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

*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*

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

a) Réunions préparatoires

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

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

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

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

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

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

b) Considérations générales

– Procédure

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

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

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

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

– Evolution de la situation budgétaire de l'UCM

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

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

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

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

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

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

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

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

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

– Réflexions générales concernant le financement des soins de santé

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

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

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

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

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

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

*

IV. LES AVIS DES CHAMBRES PROFESSIONNELLES

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

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

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

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

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

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

*

V. L'AVIS DU CONSEIL D'ETAT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*

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

*

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

PROJET DE LOI

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

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

1° L'alinéa 1 prend la teneur suivante:

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

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

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

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

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

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

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

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

1° L'alinéa 1 prend la teneur suivante:

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

2° L'alinéa 4 est modifié comme suit:

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

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

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

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

Luxembourg, le 14 juillet 2003

Le Président-Rapporteur,
Niki BETTENDORF