

## CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2009-2010

---

MB/AF

### Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

#### Procès-verbal de la réunion du 03 juin 2010

##### ORDRE DU JOUR :

1. Etat actuel d'avancement des travaux préparatoires en vue de la réforme de l'assurance maladie
  - Exposé de M. le Ministre de la Sécurité sociale Mars di Bartolomeo
  - Echange de vues

2. Présentation et examen de documents européens:

COM (2009) 569: Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions La lutte contre le VIH/sida dans l'Union européenne et les pays voisins, 2009- 2013  
- Rapporteuse: Mme Martine Mergen

COM /2010) 124: Communication de la Commission au Parlement européen conformément à l'article 294, paragraphe 6, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne relative à la position du Conseil en vue de l'adoption d'un règlement du Parlement européen et du Conseil concernant les nouveaux aliments, modifiant le règlement (CE) n° 1331/2008 et abrogeant le règlement (CE) n° 258/97 et le règlement (CE) n° 1852/2001 de la Commission  
- Rapporteuse: Mme Lydia Mutsch

\*

Présents : Mme Sylvie Andrich-Duval, M. Eugène Berger, M. Félix Braz, M. Jean Colombero, Mme Claudia Dall'Agnol, M. Jean Huss, M. Lucien Lux, Mme Martine Mergen, M. Paul-Henri Meyers, Mme Lydia Mutsch, M. Marcel Oberweis remplaçant M. Marc Spautz, M. Jean-Paul Schaaf, 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, Administration parlementaire

\*

Présidence : Mme Lydia Mutsch, Présidente de la Commission

## 1. Etat actuel d'avancement des travaux préparatoires en vue de la réforme de l'assurance maladie

Suite aux remarques introductives de Mme la présidente Lydia Mutsch, M. le Ministre de la Sécurité sociale Mars di Bartolomeo présente l'état actuel d'avancement du projet de réforme de l'assurance maladie. Il s'agira d'une réforme d'envergure qui réunira dans un instrument législatif unique les dispositions modificatives du Code de la Sécurité sociale ainsi que les implications de la réforme sur d'autres lois, notamment sur la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

Compte tenu de l'actualité politique des derniers mois, la finalisation définitive du projet a pris un léger retard étant entendu qu'il est toujours prévu de le déposer avant les vacances parlementaires d'été.

Le fil conducteur de cette importante réforme sera de renforcer la dimension solidaire du système de santé ce qui réclamera des contributions plus ou moins prononcées des différents acteurs.

Il convient de relever d'emblée que la situation budgétaire actuelle de la Caisse nationale de Santé s'est nettement améliorée par rapport aux prévisions pour l'exercice 2010 publiées en juin 2009. A noter que ces prévisions sont annuellement publiées durant la seconde moitié du mois de juin, donc en l'occurrence elles ont été publiées après les élections législatives. Les prévisions de juin 2009 tablaient sur un déficit de 92 mio d'euros pour l'exercice 2010, les prévisions de juin 2008 ayant fait état d'un découvert de l'ordre de 10 mio pour l'exercice 2009.

Aujourd'hui on peut dire que la situation a évolué favorablement en ce sens que l'exercice 2009 peut être clôturé avec un léger excédent et qu'une nouvelle évaluation des recettes sur base de celles enregistrées pendant les premiers mois de l'exercice en cours conduit à corriger le déficit prévisible pour 2010 vers le bas; il ne se situera plus qu'à approximativement 60 mio d'euros. A rappeler qu'il a été convenu de combler le déficit de 2010 en puisant - opération unique - dans les réserves de l'assurance maladie. Ce recours aux réserves sera donc moins important qu'initialement prévu. Quant aux prévisions pour 2011, on peut escompter qu'elles montreront un certain effet de stabilisation, dû notamment au fait que les négociations avec le secteur hospitalier se sont soldées, conformément aux prémisses formulées par le Ministère de la Sécurité sociale, par des accords tarifaires sans augmentation (Nullrunden), exception faite des variations incompressibles (p.ex. adaptation indiciaire). Il s'ensuit que pour 2010, la progression budgétaire du secteur hospitalier se limite à 2,5 à 2,7%, ce qui représente une coupure assez radicale avec les progressions d'années antérieures ayant parfois atteint dix pour cent. Le mot d'ordre d'accords tarifaires sans augmentation sera également appliqué à l'égard des autres prestataires, étant précisé que dans certains domaines (p. ex. actes ou interventions surrémunérés) des mesures plus incisives pourraient s'imposer.

En général, la nécessité de telles mesures dans le contexte budgétaire difficile actuel a rencontré une certaine compréhension auprès des prestataires concernés.

Le projet de loi comporte, en résumé succinct, les mesures suivantes:

#### - Soins médicaux de base

Au-delà du renforcement des moyens d'intervention du Ministère de la Santé et de la Caisse nationale de la Santé dans le domaine de la prévention, le projet prévoit de conférer dorénavant au médecin généraliste - qui prendra le titre de médecin-spécialiste en médecine générale - un rôle central. En sa qualité de "médecin référent", il est censé guider le patient à travers le système de santé, ceci dans une première phase sur base volontaire.

#### - Planification hospitalière

La spécialisation sera poursuivie et la possibilité de créer des centres de compétences sera ancrée dans la loi. D'une façon générale, à l'avenir la démarche prépondérante consistera à concentrer et à fédérer autant que faire se peut les activités hospitalières.

Les hôpitaux ne pourront plus se limiter à la défense de leurs intérêts par le biais de l'EHL, mais seront appelés à se réunir et à se coordonner afin de développer des projets conceptuels communs.

Deux projets fédérateurs sont actuellement déjà en cours, à savoir

- concentration et réalisation de synergies au niveau d'activités de soutien logistique (laboratoires, stérilisation, achat, pharmacies),
- création d'une agence pour l'harmonisation informatique des hôpitaux afin de garantir la compatibilité des systèmes.

Les deux projets comportent un potentiel considérable d'efficience à améliorer. L'harmonisation des systèmes informatiques constitue d'ailleurs une condition essentielle de la mise en place du dossier électronique du patient, projet d'importance prioritaire qui exige encore au préalable la standardisation de la documentation des activités médicales hospitalières. Il faut actuellement encore prévoir un délai de 3 à 5 ans jusqu'à ce que le dossier électronique du patient soit devenu pleinement opérationnel.

#### - Développement de centres de compétences

A l'avenir pourront exclusivement se prévaloir du titre de "centre de compétence" dans une spécialité déterminée les établissements qui se conforment au cahier des charges établi par le Ministère de la Santé. Il s'agira de mettre en place des filières de soins répondant à des normes très exigeantes et valorisant au maximum les compétences des professionnels de santé d'une spécialité déterminée.

Il peut s'agir de centres de compétences "virtuels" consistant dans le développement d'un modèle de prise en charge du patient pour une pathologie déterminée ou de centres de compétences "réels", tels que par exemple l'INCCI au CHL ou le Centre de Radiothérapie Baclesse à Esch-sur-Alzette.

L'exemple par excellence illustrant la nécessité de tels centres est fourni par la prise en charge des patients victimes d'un accident vasculaire cérébral (AVC - Stroke Unit), domaine dans lequel la rapidité d'une prise en charge médicale adéquate décide de la qualité de survie du patient.

#### - Statut du médecin

L'exercice libéral de la médecine comme pilier du statut du médecin ne sera pas remis en cause; toutefois d'autres formes de rémunération du médecin seront rendues possibles (capitation, forfaitarisation et salariat).

Il est en effet apparu que dans certaines disciplines, le recours à ces formes de rémunération répond mieux aux besoins à la fois d'équité et de gestion efficace.

#### - Relation entre l'établissement hospitalier et le médecin

Les relations entre l'établissement hospitalier et le médecin hospitalier seront précisées par le biais de l'élaboration d'un contrat cadre, ceci notamment dans le but de faire valoir que le corollaire de la participation décisionnelle des médecins et de leur liberté thérapeutique réside dans un renforcement de leur responsabilité générale par rapport à l'établissement hospitalier.

La standardisation des procédures, qui est une des caractéristiques des hôpitaux de pointe au plan international, devra être généralisée dans nos hôpitaux. La relation du médecin coordinateur - bénéficiant à ce titre d'une rémunération forfaitaire - avec la direction de l'hôpital sera clarifiée, notamment en renforçant la dimension hiérarchique.

#### - Réforme de la nomenclature

La Commission de nomenclature se verra associée la compétence scientifique requise pour pouvoir mettre en place une réforme en profondeur de la nomenclature, ouverte dans les deux sens d'adaptation et non plus comme, traditionnellement dans le passé, uniquement dans le sens d'une adaptation vers le haut.

A cet effet, il sera pris référence sur une nomenclature étrangère qui sera adaptée à nos besoins particuliers. Cette réforme comportera également la remise en question de certains acquis qui, compte tenu du progrès médical, ne se justifient plus aujourd'hui.

#### - Prise en charge directe

Le système du tiers payant sera étendu dans le domaine social; ceci en l'absence de consensus politique sur la généralisation de ce système dans l'ensemble du secteur de la santé. Les positions sur l'effet bénéfique ou non d'un tel système divergent: pour les uns le tiers payant généralisé serait garant de transparence alors que pour d'autres cette généralisation inciterait à la surconsommation.

#### - Autres mesures

Les compétences du contrôle médical, surtout en matière de contrôle des prestataires, seront renforcées.

La Commission permanente des Hôpitaux sera mieux outillée pour pouvoir remplir ses missions. L'agence de coordination informatique (Health Net) sera légalement consacrée.

D'une façon générale, la démarche prévue pour rétablir l'équilibre financier consistera, entre partenaires sociaux, à éplucher le système pour dégager un potentiel maximum d'économies à réaliser à différents niveaux. Il pourrait notamment s'agir, d'une part, de la réduction de la rémunération exagérée de certaines prestations et, d'autre part, de légers relèvements des participations de l'assuré.

Si toutes ces mesures d'économies laissent toujours subsister un découvert et que les partenaires sociaux n'arrivent donc pas à répondre entièrement à leur obligation légale de

présenter un budget équilibré, il appartiendrait au Ministère de la Sécurité sociale, conformément aux dispositions du Code de la Sécurité sociale, de procéder par voie de règlement ministériel à une adaptation légère des cotisations. L'augmentation serait fort modeste en se situant aux alentours de 0,2 à 0,3%, répartie sur les trois partenaires.

Une autre piste à explorer pourrait consister dans le déplafonnement du maximum cotisable.

\*

Suite à l'exposé ministériel, la commission procède à un échange de vues. Des questions des membres de la commission et des réponses ministérielles, il y a lieu de retenir succinctement les éléments d'information supplémentaires suivants:

\* Pour l'attribution du titre de médecin-spécialiste en médecine générale, le Luxembourg s'orientera sur les voies de formation et qualifications existantes à l'étranger.

\* Pour l'instant, l'approche de budgétisation pour le financement des hôpitaux n'est pas remise en cause. D'ailleurs la condition préalable à la prise en considération éventuelle d'autres modèles (p. ex.: forfaitarisation, DRG - tarifs liés aux diagnostics) est la mise en place d'une codification commune, c'est-à-dire une documentation uniforme des actes dans les différents établissements hospitaliers.

La tarification des actes peut certes être basée sur leur codification unique, mais diffère logiquement suivant que l'acte est presté en milieu hospitalier ou extrahospitalier.

Il sera encore indispensable que tous les établissements hospitaliers soient dorénavant gérés sur base d'une comptabilité analytique. Ce procédé comptable est en effet nécessaire pour pouvoir déterminer de façon précise le coût global de la prise en charge d'un patient.

Il s'agit aussi d'une des normes de gestion à atteindre par nos établissements hospitaliers dans la perspective d'une collaboration plus poussée au niveau de la Grande Région. Pour pouvoir activement collaborer à cet échelon, nos hôpitaux devront répondre aux normes de gestion et de qualité, faute de quoi ils risqueraient d'être relégués au second plan.

\* Selon le Ministre de la Sécurité sociale les mesures proposées par le projet de réforme visent principalement la gestion de l'assurance maladie à moyen et à long terme en proposant à cet effet la mise en place d'instruments adéquats permettant de redresser des déséquilibres éventuels.

L'équilibre à court terme sera rétabli pour 2010 par un recours unique à la réserve et le déficit prévisible pour l'exercice 2011 devra être comblé par les mesures classiques dans le cadre des négociations entre partenaires sociaux, étant entendu que les mesures d'ores et déjà mises en œuvre pour 2010 (notamment les accords tarifaires sans augmentation) porteront également leurs effets positifs pour l'exercice 2011. Ces mesures viseront des apports des professionnels de santé, de légères augmentations des participations des assurés, des coupures dans le domaine de la location d'appareillages médicaux et aussi des contributions des officines et de l'industrie pharmaceutiques, ceci à l'instar des mécanismes applicables en Belgique.

Ce ne sera que lorsque tous les efforts entrepris sur ce plan par le Comité directeur de la CNS et le partenariat social ne suffiront pas pour rétablir l'équilibre budgétaire pour l'exercice 2011 et laisseront donc subsister un découvert budgétaire - hypothèse probable -, que le Ministère de la Sécurité sociale procédera à un relèvement de l'ordre de 0,2 à 0,3% des cotisations. Il est précisé que le droit positif ne laisse aucune marge de manœuvre à cet égard et que l'Etat devrait donc participer à une telle adaptation, ceci à la même enseigne

que les deux autres piliers du système, à savoir les assurés et les employeurs. A législation constante, la participation étatique à une éventuelle augmentation des cotisations est donc de rigueur.

\* Le Contrôle médical n'a pas de compétences transfrontalières proprement dites; toujours est-il qu'il peut faire convoquer des assurés habitant les régions limitrophes. Plus concrètement encore, on peut citer l'accord d'entraide conclu avec la France dans le cadre duquel les institutions françaises peuvent opérer, à la demande de notre Contrôle médical, des contrôles auprès d'assurés-travailleurs frontaliers.

D'une façon plus générale, le Contrôle médical sera outillé en sorte qu'il pourra plus incisivement intervenir en cas d'abus caractérisé par la collusion entre prestataire et patient.

\* A l'avenir, la CNS devra s'engager de façon plus active dans le domaine de la prévention. Il est cependant précisé à cet égard que les statistiques internationales attestant dans ce domaine une position fort médiocre au Luxembourg sont à apprécier avec une certaine prudence dans la mesure où certains programmes (p. ex. médecine scolaire, petite enfance) n'y sont pas pris en considération. Dans ce cadre l'approche environnementale est également à renforcer, étant entendu cependant qu'il appartient encore et surtout au médecin de travail de s'intéresser à ce domaine.

Il faudra également revoir le rôle des hôpitaux dans le domaine de la prévention; ainsi, par exemple, dans certaines pathologies un traitement curatif n'est vraiment terminé avec succès que lorsque le patient aura été sensibilisé à sa propre responsabilité dans la prévention d'une éventuelle rechute.

\* Le caractère obligatoire de la formation continue devra être progressivement accentué; la formation continue devra être certifiée selon des modalités à déterminer et en l'absence de cette certification, l'autorisation d'exercer à vie du médecin devra pouvoir être remise en question.

\* En ce qui concerne des articles de presse concernant de nouveaux médicaments oncologiques, extrêmement coûteux mais sans effet significatif sur l'espérance de vie du patient (cf. Spiegel n° 20 du 17/5/2010 p. 166 - 171), M. le Ministre souligne que les instances compétentes luxembourgeoises, notamment le Conseil scientifique, sont conscientes de cette problématique qui doit être suivie en toute sérénité et en gardant toujours à l'esprit le principe primordial du libre accès du patient à toute thérapie nécessaire et utile à sa guérison.

\* En ce qui concerne les accords tarifaires dans le secteur hospitalier, il est précisé que les négociations afférentes sont menées avec les établissements individuellement et non pas avec le secteur globalement. La conclusion d'accords sans augmentation nette des tarifs s'applique donc globalement aux hôpitaux, ceci sous le bénéfice d'une certaine flexibilité lorsqu'un établissement pourra documenter des activités légitimées par des besoins impératifs. Il sera en particulier nécessaire que certains établissements s'octroient une politique plus modérée en matière de recrutement de nouveaux médecins.

\*

Il est retenu que la commission reviendra au présent dossier au moment où le projet de loi de réforme aura été déposé à la Chambre des Députés.

## **2. Présentation et examen de documents européens:**

**COM (2009) 569: Communication de la Commission au Parlement européen,**

**au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions La lutte contre le VIH/sida dans l'Union européenne et les pays voisins, 2009- 2013**

**- Rapportrice: Mme Martine Mergen**

**COM /2010) 124: Communication de la Commission au Parlement européen conformément à l'article 294, paragraphe 6, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne relative à la position du Conseil en vue de l'adoption d'un règlement du Parlement européen et du Conseil concernant les nouveaux aliments, modifiant le règlement (CE) n° 1331/2008 et abrogeant le règlement (CE) n° 258/97 et le règlement (CE) n° 1852/2001 de la Commission**

**- Rapportrice: Mme Lydia Mutsch**

Ce point est reporté à la réunion du 22 juin 2010 à 9.00 heures.

\*

La prochaine réunion de la commission aura lieu jeudi, le 10 juin 2010 à 14.00 heures et sera consacrée à l'examen de l'avis complémentaire du Conseil d'Etat sur les amendements parlementaires concernant le projet de loi 6062 (profession de médecin).

Le projet de rapport à établir par la rapportrice Mme Claudia Dall'Agnol sera ensuite présenté et adopté dans la réunion du mardi, le 22 juin 2010 à 9.00 heures.

Luxembourg, le 14 juin 2010

Le Secrétaire,  
Martin Bisenius

La Présidente,  
Lydia Mutsch