



CHAMBRE DES DÉPUTÉS

Session ordinaire 2009-2010

MB/AF

Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

Procès-verbal de la réunion du 30 septembre 2010

ORDRE DU JOUR :

1. Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 23 septembre 2010
2. 6196 Projet de loi portant réforme du système de 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
 - Désignation d'un rapporteur
 - Présentation du projet de loi par M. le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale Mars di Bartolomeo

*

Présents : Mme Sylvie Andrich-Duval, M. Eugène Berger, M. Félix Braz, M. Jean Colombera, Mme Claudia Dall'Agnol, M. André Hoffmann, M. Paul-Henri Meyers, Mme Lydia Mutsch, M. Jean-Paul Schaaf, M. Jean-Louis Schiltz remplaçant Mme Martine Mergen, M. Lucien Thiel remplaçant 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, Administration parlementaire

Excusé : M. Lucien Lux

*

Présidence : Mme Lydia Mutsch, Présidente de la Commission

*

1. Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 23 septembre 2010

Le procès-verbal de la réunion du 23 septembre 2010 est adopté.

2. 6196 Projet de loi portant réforme du système de 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**

Mme la présidente Lydia Mutsch est désignée comme rapportrice du projet de loi.

Il est d'abord rappelé que le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale avait déjà informé la commission sur l'état d'avancement des travaux préparatoires du projet de loi dans une réunion du 3 juin 2010.

M. le Ministre procède ensuite à la présentation du projet de loi. Il est renvoyé à cet égard aux explications circonstanciées figurant à l'exposé des motifs ainsi qu'aux schémas d'une présentation PowerPoint. (cf. annexe).

Après avoir esquissé les antécédents procéduraux du projet de loi ainsi que les différents tours de concertation menés avec les organes consultatifs concernés depuis la première saisine du Conseil de Gouvernement en juillet dernier, M. le Ministre présente en premier lieu le volet financier du projet.

Le tableau 4 montre qu'à législation constante, c'est-à-dire si aucune mesure législative n'était prise, le déséquilibre financier de l'assurance maladie maternité s'aggraverait substantiellement dans les années à venir. Cette évolution est principalement due, non pas à un dérapage des dépenses, mais à un ralentissement sensible des rentrées en cotisations suite à la crise de l'emploi.

La législation constante signifierait en l'occurrence:

- maintien du taux de cotisation à 5,4%;
- reconstitution intégrale dès 2011 de la réserve;
- absence de mesures d'économies auprès des patients et des prestataires;
- participation inchangée de l'Etat consistant actuellement dans un financement à raison de 37% des prestations en espèces, à raison de 29,5% des prestations en nature et dans un financement budgétaire intégral de l'assurance maternité.

Dans un tel scénario d'immobilisme législatif, le déficit cumulé atteindrait 600 mio d'euros en 2014.

Le tableau montre encore que la seule hausse du taux de cotisation à 5,7% respectivement à 5,8% représenterait une solution insuffisante à moyen terme dans la mesure où le solde des opérations courantes deviendrait à nouveau déficitaire en 2012 ou 2013.

Quant à l'opportunité de la reconstitution de la réserve, il n'y a pas lieu de suivre l'avis de certains interlocuteurs (notamment l'UEL) qui paradoxalement estiment à présent que cette réserve n'est plus nécessaire, alors qu'ils l'avaient défendu avec véhémence lors de l'opération unique ayant consisté à éponger le déficit de la Caisse nationale de Santé pour 2010 précisément par le recours à cette réserve. Le bien-fondé de la réserve découle de besoins de trésorerie et de flexibilité de la CNS, ceci notamment aussi pour tenir compte des répercussions financières liées à d'éventuelles crises sanitaires telles que par exemple une forte épidémie grippale.

Il résulte de ce qui précède que l'objectif primordial de retrouver un équilibre stable de l'assurance maladie ne peut être atteint que par la combinaison de mesures prévoyant, d'une part, une limitation des dépenses et, d'autre part, des recettes supplémentaires.

Le projet propose de répartir la reconstitution de la réserve de façon dégressive sur 3 années ce qui permet d'en adoucir l'impact sur l'équilibre financier des exercices respectifs, étant entendu qu'à défaut d'intervention législative, la loi budgétaire et le CSS exigeraient la reconstitution intégrale dès l'exercice 2011. Or, cette façon de procéder serait constitutive d'une charge extraordinaire difficile à supporter.

Compte tenu de l'envergure du besoin de financement, l'option théorique de satisfaire à ce besoin par la seule voie d'économies à réaliser à charge des assurés et des prestataires n'était guère une option réaliste et aurait inévitablement conduit à un échec.

Ainsi de trop importantes économies à charge des assurés (p.ex. réduction des taux de remboursement) auraient pu être critiquées comme remettant sérieusement en question l'accès égalitaire des assurés aux soins.

En revanche, des coupures trop incisives chez les prestataires véhiculeraient le risque que les réductions tarifaires ne soient compensées par une augmentation du nombre des actes.

Une autre piste explorée mais entre-temps abandonnée consistait dans l'idée d'introduire en matière de consommation médicale une franchise sociale à charge des assurés faisant partie des tranches de revenus supérieurs. Cette piste a cependant été abandonnée, surtout en raison d'obstacles techniques insurmontables que ce genre de modulation aurait comportés au niveau du système du tiers payant.

Compte tenu de toutes ces considérations, le projet prévoit une couverture du besoin de financement selon la règle 25 - 25 - 50, à savoir

- 25% par voie d'économies directes sur les tarifs des prestataires de soins;
- 25% par voie d'adaptation statutaire des prestations et des participations des patients;
- 50% par le biais de recettes supplémentaires découlant d'une augmentation des cotisations de 0,4%.

Il est prévisible que ces propositions donneront lieu à contestation de la part des différents acteurs qui, s'ils partagent grosso modo l'analyse de la situation et des projections financières du Ministère de la Sécurité sociale, sont toutefois plus que réticents dès lors qu'il s'agit de concéder un apport propre susceptible de continuer à y remédier.

Une innovation importante proposée par le projet concerne l'intégration de l'assurance maternité dans la Caisse nationale de Santé. Jusqu'à présent la maternité est le seul risque social qui n'est toujours pas intégré dans la CNS et qui est complètement pris à charge par le budget de l'Etat.

L'intégration prévue permet une simplification administrative substantielle et assure une meilleure cohérence dans la gestion et l'adaptation de l'offre des soins ainsi que dans le suivi des dépenses. Par rapport à ce dernier aspect, il faut en effet relever que 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. Cette évolution est notamment due au fait que les dispenses de travail en cas de maternité sont souvent accordées quasi automatiquement dès le début de la grossesse, sans tenir compte du risque réel lié au poste de travail. Il faudra rectifier le tir sur le point ceci en respectant les dispositions en matière de

protection de la femme enceinte, mais en mettant fin à l'interprétation abusive de cette législation.

Le tableau 8 concernant l'effet financier de l'intégration de la maternité montre qu'il s'agit d'une opération globalement neutre au niveau financier et que l'augmentation des cotisations n'est pas liée à l'intégration de la maternité. Les différents taux de participation actuels de l'Etat (37% pour les prestations en nature; 29,5% pour les prestations en espèces et 100% pour la maternité) seront remplacées par un taux de participation unique et global de 40% dans toutes les prestations, y compris les prestations maternité.

A l'avenir, la croissance au-dessus de la moyenne des prestations maternité - surtout au niveau des dispenses de travail - sera supportée de façon tripartite (assuré, employeur, Etat). Une dotation spécifique de l'Etat - au montant annuel de 20 mio au cours des prochains exercices - est prévue pour compenser l'évolution des dépenses liées aux prestations en espèces de la maternité. Il s'agit d'une sorte de tampon financier transitoire accordé à la CNS, en attendant notamment une réforme des dispenses de travail.

Le tableau 10 montre l'impact de l'augmentation du taux de cotisation de 5,4% à 5,8% en 2011 avec une majoration fixe de 0,5% pour les indemnités pécuniaires. Tous secteurs confondus, le taux global (prestations en espèce et prestations en nature) se situe, suite à l'augmentation des cotisations, à 5,8% plus 0,5% = 6,3%.

Ce taux demeure toujours extrêmement favorable par rapport au taux applicable, p.ex. en Allemagne, se situant à 15,5%. L'écart actuel par rapport à l'Allemagne ira encore en augmentant à partir du 1^{er} janvier 2011 dans la mesure où le taux de cotisation allemand augmentera de 0,6% contre 0,4% au Luxembourg.

Il est précisé que certaines pistes explorées au cours des travaux préparatoires ont été abandonnées en cours de route. Il en est ainsi pour ce qui concerne la suppression du plafond cotisable actuellement fixé au quintuple du salaire social minimum. Cette piste n'a pas été poursuivie compte tenu de la forte opposition qu'elle était susceptible de provoquer. Ce modèle aurait concerné les assurés dont le revenu dépasse approximativement 9.000 euros et leurs employeurs.

Le modèle d'une franchise sociale en revanche n'aurait touché que les seuls assurés, ce modèle pouvant revêtir deux formes, ceci soit en introduisant un taux de cotisation différencié en fonction du revenu soit en prévoyant des taux différenciés au niveau du remboursement des prestations.

Pour conclure ce chapitre financier, M. le Ministre souligne que toutes les discussions et négociations menées au cours de la phase préparatoire ont amené les auteurs du projet à ne pas puiser pour la couverture du déficit exclusivement dans une seule des sources théoriquement envisageables. Il s'est avéré en effet que couvrir le besoin de financement exclusivement par le biais d'économies et d'adaptations structurelles serait tout aussi peu réaliste et opportun qu'une couverture exclusive par des recettes supplémentaires sous forme essentiellement d'un relèvement des cotisations. D'où la solution proposée par le projet tablant sur une combinaison de mesures relevant de façon équilibrée de chacune de ces deux grandes options.

*

La commission procède à un échange de vues sur les aspects financiers de la réforme, dont il convient de retenir succinctement ce qui suit:

- Est exprimé le souhait d'informations complémentaires détaillées sur les participations de l'assuré aux actes médicaux lesquelles, selon l'exposé des motifs, sont censées rapporter 25 mio d'euros en 2011, c'est-à-dire un quart du besoin de financement total de l'ordre de 100 millions d'euros devant être couvert au cours de l'exercice à venir.

A titre d'exemple d'une telle mesure, M. le Ministre fait état d'une proposition visant la participation de l'assuré au coût des analyses sanguines - à raison par exemple d'un euro par analyse, sous réserve d'exceptions à prévoir pour les assurés souffrant de maladies chroniques nécessitant des contrôles sanguins fréquents. On peut encore envisager des participations dont l'introduction viserait en particulier à sanctionner en quelque sorte le comportement peu responsable de certains assurés par rapport à leur santé.

Dans ce même contexte, on peut citer l'idée de la domiciliation obligatoire d'un assuré auprès d'un seul médecin pour une pathologie déterminée, ceci afin de contrecarrer, sous peine du refus de remboursement, des consultations multiples non justifiées successivement auprès de plusieurs médecins.

D'une façon générale, plusieurs membres de la commission souhaitent se voir communiquer des données chiffrées détaillées concernant les différentes mesures envisageables avec une ventilation en fonction des différents paramètres en cause.

* Quant au modèle d'une franchise échelonnée en fonction de critères sociaux, des membres expriment le souhait, qu'indépendamment de la question de sa faisabilité technique, l'idée d'un tel modèle soit explorée de façon plus approfondie afin qu'on puisse statuer, données chiffrées à l'appui, sur les avantages financiers potentiels qu'il serait susceptible de produire par rapport aux difficultés techniques qu'il pourrait engendrer.

La décision sur la poursuite ou l'abandon définitif de cette piste devra être prise en connaissance de cause, sur base d'une analyse pondérant avantages financiers et obstacles techniques.

* L'introduction éventuelle d'une franchise sociale est encore à analyser d'un point de vue juridique, ceci en particulier par rapport au respect du principe d'égalité inhérent à tout système d'assurance sociale. La contribution des assurés étant fonction du revenu - jusqu'au maximum cotisable - est-il pour autant juridiquement défendable de traiter de façon différenciée les assurés au niveau du droit aux prestations. La franchise sociale étant calculée sur base du revenu cotisable, qu'en serait-il - au regard de l'égalité - d'autres revenus ne rentrant pas dans l'assiette cotisable? L'idée d'une franchise sociale ne remettrait-elle pas finalement en question les fondements de l'assurance solidaire? On peut s'interroger si l'idée de sélectivité à la base d'une franchise sociale ne relèverait pas du domaine de l'aide sociale financée par l'Etat plutôt que d'une assurance solidaire?

Toutes ces questions illustrant la complexité du sujet appellent des réponses au vu desquelles les responsables politiques auront à statuer définitivement sur la suite à donner au modèle théorique de l'introduction d'une franchise sociale.

* Suite à la demande de plusieurs membres et avec l'accord de M. le Ministre, il est retenu que la commission se verra communiquer un dossier (notes, calculs, statistiques, etc.) par le Ministère de la Sécurité sociale renseignant sur les potentielles pistes alternatives abandonnées au cours de la phase préparatoire du projet (p.ex. déplafonnement, franchise sociale etc.). L'étude de ces documents permettra aux membres de la commission de retracer et de comprendre plus aisément les raisonnements qui ont conduit les auteurs du projet, souvent par élimination, à retenir l'ensemble de mesures de réforme finalement proposées par le projet.

* L'accent est mis sur la nécessité d'assurer une meilleure transparence des données hospitalières, notamment en vue de parvenir à une comparabilité financière des activités effectuées dans les différents services hospitaliers.

Il sera indispensable de pouvoir dorénavant déterminer précisément le coût global d'une intervention à l'hôpital. Ce besoin de transparence se vérifie en particulier par rapport aux laboratoires, privés et hospitaliers, afin de pouvoir faire la part des choses des contestations actuelles dans ce secteur.

* A la question de savoir si l'effort d'économies à réaliser prévu par le projet selon le schéma 25-25-50 (voir ci-haut), n'aurait pas pu être poussé plus loin, il est répondu par M. le Ministre que théoriquement tel pourrait évidemment toujours se faire. En pratique cependant et face au rapport de forces en place, le Gouvernement considère la pondération proposée comme correspondant au mieux à un équilibre défendable, mais donnant à lui seul certainement déjà lieu à de multiples contestations. Renforcer encore le volet économies aurait dès lors ab initio remis en cause toute possibilité de compromis. Enfin, il ne faut pas oublier que le projet prévoit une réduction de la progression annuelle normale des dépenses à législation constante, de l'ordre de 5 - 6% à 3 - 4% pour les années à venir.

En fin de réunion, M. le Ministre esquisse encore brièvement les principales mesures structurelles qui se trouvent présentées aux tableaux 13 à 19.

Il est précisé que la plupart des règlements grand-ducaux seront finalisés au cours du moins d'octobre, exception faite des dispositifs réglementaires essentiellement techniques nécessitant encore des négociations et arbitrages supplémentaires.

La présentation du volet structurel de la réforme sera inscrite à l'ordre du jour de la prochaine réunion du jeudi 7 octobre 2010 à 9.00 heures.¹

A l'ordre du jour de cette même réunion figurera également le document européen COM (2010) 375 : Proposition de RÈGLEMENT DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL modifiant la directive 2001/18/CE en ce qui concerne la possibilité pour les États membres de restreindre ou d'interdire la culture d'OGM sur leur territoire.

Ce document fait l'objet d'un contrôle de subsidiarité; il a été retenu que la Commission de l'Agriculture, de la Viticulture et du Développement rural assumera prioritairement ce contrôle (délai 18 octobre 2010) et que la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale suivra ce dossier pour se tenir informée.

Luxembourg, le 12 octobre 2010

Le Secrétaire,
Martin Bisenius

La Présidente,
Lydia Mutsch

Annexe: 1

¹ reportée dans la suite au jeudi, le 14 octobre 2010 en raison de la journée parlementaire du groupe DP le 7 octobre 2010.



Projet de réforme du système des soins de santé

Conférence de presse
30 septembre 2010



Rappel

- Mois de juillet '10: discussion du projet de réforme au Conseil de gouvernement
 - Accord de principe sur visée et sur les aspects structurels
 - Réexamen des aspects financiers avec les parties concernées
- Présentation lors de la conférence de presse du 26 juillet 2010
- Fin juillet – mi septembre: Tour de concertation supplémentaire
 - UEL, Syndicats, AMMD, EHL, FLLAM, ANIL, COPAS, Pharmaciens, Industrie pharmaceutique ...
 - Avis écrits demandés pour au plus tard mi-septembre
- Approbation du projet révisé par le CG le 24 septembre 2010
 - Prise en compte des données actualisées
 - Intégration d'amendements dans le texte de l'avant-projet de loi
- Dépôt du projet de loi prévu pour début octobre



Mesures financières



A législation constante

- Taux de cotisation de 5,4% (sans adaptation suivant CSS)
- Reconstitution complète/automatique de la réserve (5,5% des dépenses en 2010 et 10 % en 2011)
 - restitution de « l'emprunt 2010 » + évolution normale (- 104 mlo. €)
- Pas de mesures d'économies auprès des patients et des prestataires
 - croissance des dépenses de soins 5-8%
- Participation de l'Etat: 37% PE / 29,5% PN / 100% Maternité (Inchangé)
 - Déficit des opérations courantes augmente de 2010 à 2014 (-78 mlo. € pour 2011)
 - Le solde des opérations courantes (i.e. Recettes - Dépenses de la CNS / sans opération sur réserve) deviendra à nouveau déficitaire à partir de 2012 ou 2013, même en augmentant le taux de cotisation à 5,7% ou 5,8%.
 - La hausse du taux de cotisation est une solution insuffisante, aussi bien pour le moyen ou long terme que pour la reconstitution de la réserve)

Solde des opérations courantes (uniquement Recettes - Dépenses / sans réserve)	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Taux de cotisation 5,4%	-20	-33	-78	-134	-172	-206
Taux de cotisation 5,7%	-20	-33	21	-31	-65	-93
Taux de cotisation 5,8%	-20	-33	54	3	-29	-56



L'effet de reconstitution de la réserve

• Pourquoi une réserve?

- Trésorerie de la CNS
- « En Appel fir den Duuscht » en temps de crise (cf. 2010)
- Situation sanitaire extraordinaire (p.ex. cas d'épidémie ou de grippe)

• La reconstitution complète de la réserve en 2011 (telle que prévue par la loi budgétaire 2010 et le CSS) crée une charge extraordinaire pour 2011

- lisser l'effet de cette reconstitution
- répartir cette charge de façon dégressive sur 3 années
- projet de réforme : 7,5% en 2011 / 9% en 2012 / 10% en 2013

Solde de l'exercice après dotation réserve et taux à 5,4%	2009	2010	2011	2012	2013	2014
→ Reconstitution totale en 2011	22	50	-182	-147	-186	-221
→ Reconstitution sur 3 années	22	50	-128	-178	-209	-221

30 septembre 2010

Projet de réforme - soins de santé

5



L'effet de mesures d'économies prévues

Mesures d'économie à court terme (possèdent aussi effet durable):

- Mesures statutaires à charge des assurés → - 25 mio. en 2011
- Mesures tarifaires à supporter par les prestataires → - 25 mio. en 2011

Mesures d'économie à moyen et long terme:

- Freinage de la croissance des dépenses → + 5-6% vers +3-4%
- Objectif très ambitieux nécessitant maîtrise de l'offre et cadrage de la demande

CONCLUSION: Il faut combiner mesures à court terme et à long terme !!!

Solde des opérations courantes 5,4%	2009	2010	2011	2012	2013	2014
sans mesures d'économies	-20	-33	-78	-134	-172	-206
avec mesures d'économies	-20	-33	-28	-44	-40	-37

30 septembre 2010

Projet de réforme - soins de santé

6



Financement: la règle de 25-25-50

Pour 2011, un déficit de 75 à 100 mio. € (avec reconstitution réserve).
L'avant-projet de loi prévoit une couverture d'un déficit de 100 mio. € :

25% par voie d'économies directes sur les tarifs des prestataires de soins

- Gel des lettres-clé des prestataires de soins 3 mio. €
- Réduction de la lettre-clé des laboratoires 3 mio. €
- Adaptation de l'abattement des pharmaciens 0,5 mio. €
- Enveloppe budgétaire hospitalière globale 10 mio. €
- Adaptation ciblée de certains actes médicaux 8,5 mio. €

25% par voie d'adaptation statutaire des prestations et des participations des patients 25 mio. €

50% par voie de recettes supplémentaires (p.ex. découlant d'une augmentation des cotisations de 0,4%)



L'effet de l'intégration de la maternité

Opération globalement neutre au niveau financier, ...

- Aujourd'hui: Etat: 37% PN / 29,6% PE / 100% Maternité
Taux de cotisation: 5,4% PN / 0,6% PE / 0% Maternité
- Futur: Etat: 40% global (effectif en 2010 41,x%)
Taux de cotisation: 5,4 % (5,8%) avec majoration fixe de 0,5% pour
Indemnités pécuniaires (changement technique)

! L'augmentation des cotisations n'est pas liée à l'intégration de la maternité !

! Dans le futur, la croissance au-dessus de la moyenne des prestations maternité (surtout dépenses de travail) sera à terme supportée de façon tripartite !

! La dotation spécifique est motivée par le souci de compenser la différence de participation (40% <-> 41,x%) et aussi par le souci d'accorder un tampon financier transitoire à la CNS (avant p.ex. une réforme des dépenses de travail) → impératif de garder la charge globale pour l'Etat constante

! L'unification des régimes soins de santé – prestations de maternité ne représente pas seulement une simplification administrative considérable, mais permettra une politique de cadrage cohérente des prestations en nature.



Participation de l'Etat

Exercice	2009	2010 1)	2011 1)	2012 1)	2013 1)	2014 1)
Participation de l'Etat, dont	798	832	888	903	948	988
Cotisations	842	865	889	712	743	780
maternité	158	167	179	191	203	218
Dotation spéciale maternité			0	0	0	0
Participation de l'Etat, dont	798	832	870	898	937	982
Cotisations	842	865	880	878	917	962
maternité	158	167	0	0	0	0
Dotation spéciale maternité			20	20	20	20

Législation constante

Projet de réforme

Législation constante pour 2011:

- Taux de cotisation de 8,4% (insuffisant !), sans adaptation suivant CSS pour éponger le déficit 2011
- Reconstitution immédiate de la réserve, pas de mesures d'économie auprès patients et prestataires
- Participation de l'Etat: 37% PE / 29,5% PN / 100% Maternité (inchangé)

Projet de réforme pour 2011:

- Taux de cotisation de 5,8%, fixé dans la loi
- Reconstitution de la réserve de 6,8% à 7,5%, avec mesures d'économies sur patients et prestataires
- Participation de l'Etat à 40%, avec intégration de la maternité

30 septembre 2010

Projet de réforme - soins de santé

8



Impact de l'augmentation du taux de cotisation de 5,4% à 5,8% en 2011

Actifs, salariés et non-salariés

Part assuré: + 34,5 mio. €

Part employeur: + 34,5 mio. €

Pensionnés

Part assuré + employeur: + 14,6 mio. €

Etat (PN à 37%): + 49,0 mio. €

Total des recettes supplémentaires: 132,6 mio. €

Recettes de cotisations (sans maternité, PN 37%, PE 29,5%)	2009	2010	2011	2012	2013	2014
à taux 5,4%	1752	1815	1879	1942	2028	2128
à taux 5,8% (à partir de 2011)	1752	1815	2012	2079	2171	2278

30 septembre 2010

Projet de réforme - soins de santé

10



Conclusion: une combinaison des mesures s'impose!

- Mesures d'économies statutaires aux niveaux des patients
- Mesures d'économies tarifaires aux niveaux des prestataires
- Freiner à moyen et long terme la dynamique de croissance des dépenses
- Répartir l'effet de reconstitution de la réserve sur plusieurs exercices
- Adapter de le taux de cotisation à 5,8%

Solde des opérations courantes (uniquement Recettes - Dépenses / sans réserve)	2009	2010	2011	2012	2013	2014
A législation constante	-20	-25	-75	-130	-169	-202
Projet de réforme	-20	-25	41	21	24	37

Solde de l'exercice après dotation réserve	2009	2010	2011	2012	2013	2014
A législation constante	22	59	-180	-144	-182	-217
Projet de réforme	22	59	-5	-19	-7	27

30 septembre 2010

Projet de réforme - soins de santé

11



Mesures structurelles - Principaux changements



Réforme du système actuel

- **Maintien des piliers du système actuel**
 - Sauvegarder les aspects solidaires de notre système
 - Base conventionnelle obligatoire du partenariat CNS/prestataires
 - Médecine libérale & budgétisation des hôpitaux
- **« Réforme 92 » doit être revue**
 - Prendre en compte l'évolution du secteur hospitalier depuis 20 ans
 - Coordination de l'activité médicale et du fonctionnement hospitalier
 - Evolution extrahospitalière (chirurgie, labos, dépendance, ...)
 - Progrès médical et complexité technique/organisationnelle
 - Manque de transparence et de comparabilité au niv. européen
 - Adapter un système purement « national » en prenant en compte la mobilité croissante des prestataires et des patients



Rappel des objectifs de la réforme

- Développement des soins primaires
 - Organisation et efficience du secteur hospitalier
 - Développer synergies, collaborations et spécialisations
 - Améliorer la pilotabilité et la gouvernance du système
 - Améliorer la transparence des prestations fournies et la documentation des soins
 - Assurer le virage ambulatoire
- Il existe un large consensus sur les objectifs
... mais « *not in my backyard* »



Relation avec les prestataires de soins

- Maintien de la base conventionnelle : la mesure de substitution de la voie réglementaire est retirée
- Procédure de médiation est réformée
- Adaptation du dossier de soins partagé et de l'agence correspondante
- Composition paritaire de Commission de nomenclature
- Adaptation de la mesure des suppléments médicaux (1ère classe)
- Cadrage de l'évolution du nombre de médecins hospitaliers agréés introduite dans le plan hospitalier



Etablissements hospitaliers

- Adaptation des mesures visant la transparence financière et la comptabilité analytique
- Introduction du statut du médecin hospitalier
- Renoncement à la réglementation du contrat d'agrément
- Cadrage de l'évolution du nombre de médecins hospitaliers agréés introduite dans le plan hospitalier



Suite de la démarche



Règlements grand-ducaux

- **Elaboration de la plupart des projets de RGD pour fin octobre**
 - Médecin référent
 - Centres de compétence et filières de soins
 - Médecin coordinateur
 - ...
- **Révision du plan hospitalier**
 - Présentation de la nouvelle Carte sanitaire début 2011
 - Nouveau plan hospitalier
 - Prise en compte des aspects de rationalisation, de mutualisation et de spécialisation de l'offre hospitalière



Maintien de l'objectif d'entrée en vigueur 2011

- Présentation du projet dans la Commission parlementaire (30.9.10)
 - Désignation d'un rapporteur
- Dépôt du projet de loi (début octobre)
 - Transmission au Conseil d'Etat et saisine des chambres professionnelles
- Négociations de la CNS avec les prestataires de soins se déroulent à législation constante
- Elaboration des projets de règlements grand-ducaux (fin octobre)
- Quadripartite prévue pour 2^e moitié novembre
- Préparation de la constitution de l'Agence des données partagées



MERCI DE VOTRE ATTENTION