



## 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<sup>er</sup>**

**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 base<sup>1</sup> 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

---

<sup>1</sup> - 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