



CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2010-2011

MB/TB/AF

Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

Procès-verbal de la réunion du 26 octobre 2010

ORDRE DU JOUR :

- 6196 Projet de loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant:
1. le Code de la Sécurité sociale;
 2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers
 - Rapportrice : Madame Lydia Mutsch
 - Continuation de l'examen du projet de loi

*

Présents : Mme Sylvie Andrich-Duval, M. Eugène Berger, M. Félix Braz, M. Jean Colombera, Mme Claudia Dall'Agnol, M. André Hoffmann, M. Jean Huss, M. Lucien Lux, Mme Martine Mergen, M. Paul-Henri Meyers, Mme Lydia Mutsch, M. Marc Spautz, M. Carlo Wagner

M. Mars Di Bartolomeo, Ministre de la Santé, Ministre de la Sécurité sociale
M. Paul Schmit et Mme Toinie Wolter, Inspection générale de la Sécurité sociale

M. Martin Bisenius et Mme Tania Braas, Administration parlementaire

*

Présidence : Mme Lydia Mutsch, Présidente de la Commission

*

**6196 Projet de loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant:
1. le Code de la Sécurité sociale;
2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers**

Suite à diverses remarques introductives de Mme la présidente Lydia Mutsch, il est retenu que la présente réunion sera consacrée à la présentation et à l'examen des points saillants du projet, ceci notamment en vue de la préparation des auditions avec les représentants des principales organisations siégeant au sein de la quadripartite, auditions prévues au cours des réunions du jeudi, le 28 août 2010 à 10.00 heures respectivement à 13.30 heures.

Quant à l'organisation pratique des auditions, il sera recommandé aux différents intervenants de consacrer la moitié du temps disponible à la présentation de leurs observations, la deuxième partie de l'entrevue étant à consacrer à un échange de vues. Il est encore retenu que pour la réunion du jeudi 28 octobre 2010 à 8.30 heures, la commission se verra communiquer différents projets de règlements grand-ducaux d'exécution - dans leur teneur provisoire actuelle -, celui concernant le médecin référent lui ayant déjà été transmis antérieurement.

En ce qui concerne la réunion de la quadripartite prévue pour le lendemain, M. le Ministre rappelle qu'il s'agit d'un organisme consultatif se réunissant au rythme biannuel, la réunion du printemps étant consacrée à des réflexions plus conceptuelles et celle en automne aux projections financières en vue de l'établissement d'un budget en équilibre.

Pour la réunion du lendemain, M. le Ministre exprime le souhait qu'elle contribue à dépasser l'unilatéralisme et la rigidité des positions actuelles afin de retrouver le dialogue entre les partenaires.

Les points les plus importants de la réforme sont les suivants:

- le médecin référent (article 19bis)
- la substitution des médicaments (articles 22 et svts)
- le dossier du patient et l'agence E-Health (article 60ter)
- le conventionnement (article 64)
- la nomenclature, la composition de la commission de nomenclature (Art. 65)
- la Commission de surveillance (articles 72 - 73bis)
- la procédure de Médiation (articles 69 - 71)
- l'enveloppe budgétaire globale (article 74)
- les centres de compétences et les filières de soins (article 26bis nouveau de la loi hospitalière - 28.8.98)
- le statut du médecin coordinateur et du médecin hospitalier (article 29 loi hospitalière).

1) L'introduction de la notion de médecin référent (Point 8° - article 19bis CSS)

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

Le médecin référent sera normalement un médecin généraliste respectivement un médecin pédiatre. En tant que médecin référent, il assumera donc pour le patient un rôle du médecin de premier recours et de première instance dans la chaîne de parcours de soins du patient. De par ses connaissances de l'entourage social et familial du patient, le médecin référent est le mieux placé pour connaître le patient dans sa globalité. En tant que promoteur d'une médecine plus douce, le médecin généraliste, a fortiori s'il assume le rôle de médecin

référént peut notamment arriver à maîtriser la surconsommation de médicaments auprès de certains patients. La création de la fonction de médecin référént entend encourager le rétablissement d'un lien de confiance profond et durable entre le médecin généraliste et le patient.

M. le Ministre souligne que dans l'accueil critique réservé au projet, la notion de médecin référént a engendré dès le début des interprétations erronées et des malentendus. Ainsi, certaines critiques se basent sur des pratiques courantes à l'étranger, mais qu'on ne saurait aucunement déduire du texte du présent projet de loi. Ainsi il n'est nullement dans l'intention du projet gouvernemental d'attribuer au médecin référént un rôle de "gatekeeper" à l'instar du système anglais. Le projet ne prévoit donc pas d'approche contraignante qui obligerait le patient de passer d'abord par le médecin référént avant de pouvoir s'adresser à un médecin spécialiste. Le patient reste libre de choisir ou non un médecin référént, tout comme ce dernier reste libre d'accepter ou non cette fonction pour un patient donné. Il est donc faux d'affirmer que le patient nécessiterait une autorisation préalable du médecin généraliste référént pour pouvoir consulter un médecin spécialiste.

L'objectif est, par exemple dans le chef d'un patient souffrant d'une pathologie diffuse ne faisant pas encore l'objet d'un diagnostic précis, que ce patient ait la possibilité de s'adresser au médecin référént qui peut le conseiller et le guider à travers le parcours d'examens et de traitements à accomplir.

Il a également été allégué que le projet prévoirait des sanctions pour le patient ne s'adressant pas prioritairement au médecin référént. Tel n'est pas le cas, mais il est vrai que dans le commentaire des articles il est annoncé que si l'assuré a choisi un médecin référént et s'il dispose d'une prescription préalable de ce dernier avant de consulter un médecin spécialiste, il peut bénéficier dans certains cas d'un remboursement préférentiel. En d'autres termes, les statuts peuvent donc prévoir des incitations pour le patient de consulter d'abord son médecin référént. En revanche, aucun élément du texte ne permet d'en déduire une possibilité de sanction à l'égard du patient qui ne choisit pas cette voie.

Le rôle du médecin référént est également à mettre en relation avec la reconnaissance de filières de soins intégrées que le projet de loi propose d'instituer à l'article 26bis nouveau de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers. En effet, il appartiendra au médecin référént de guider le patient vers de telles filières de soins qui se sont avérées performantes dans le traitement de pathologies déterminées.

Suite aux explications de M. le Ministre, la commission procède à un échange de vues, dont il y a lieu de retenir succinctement ce qui suit:

- Est relevée une certaine confusion pouvant naître par l'emploi impropre à divers endroits soit de la notion de centre de compétences, soit de celle de filières de soins, sans qu'une justification de l'emploi de l'une ou l'autre terminologie n'apparaisse clairement.

D'autre part, l'exposé des motifs peut nourrir des appréhensions comme quoi l'approche facultative actuelle pourrait dans un stade ultérieur céder sa place à des interventions plus dirigistes de l'Etat dans la mesure où il y est affirmé que "dans une prochaine étape, la position du médecin référént pourrait être renforcée dans le cadre réglementaire et statutaire".

En ce qui concerne la version provisoire du projet de règlement grand-ducal, il est précisé que la mission de coordination des soins du patient doit être vue en relation avec la gestion du dossier de soins partagé auquel le médecin référént peut se référer et dont il assure la mise à jour régulière.

Le point 5 de l'article 19bis nouveau prévoit par ailleurs qu'il incombera au médecin référent de "coordonner les soins dans les cas de pathologies lourdes ou chroniques ou de soins de longue durée".

- En ce qui concerne le caractère plus ou moins contraignant de la formation continue à suivre par le médecin référent (article 10 du même projet de règlement grand-ducal), il est relevé par M. le Ministre que dans un premier temps, il n'y a pas lieu d'assortir l'introduction de cette fonction nouvelle de trop de contraintes, faute de quoi on pourrait risquer une attitude générale de rejet à l'égard de cette innovation. Il est par ailleurs entendu que la question de la formation continue en général devra faire l'objet de dispositions générales à introduire dans la loi organique sur la profession de médecin.

Concernant l'interaction précise entre les dispositions du projet de loi et le texte des règlements grand-ducaux d'exécution, il est renvoyé à l'examen détaillé ultérieur des textes. Il est encore souligné que la mise en œuvre du projet dépendra largement de la bonne volonté des acteurs du terrain et notamment de leur capacité de trouver un terrain d'entente dans le cadre statutaire.

- Plusieurs intervenants s'interrogent sur les modalités de la rémunération du temps investi par le médecin référent dans ses missions. Cette rémunération devra être inscrite dans la nomenclature des médecins et médecins dentistes et correspondra à une rémunération du facteur temps qui s'ajoutera à la rémunération des actes.

- En supposant un succès de cette innovation auprès des patients, on peut encore s'interroger sur l'impact du surplus de temps nécessité en général par le médecin référent sur le nombre requis des médecins généralistes devant pratiquer dans notre pays. Cette question se pose alors que déjà actuellement la relation entre le nombre insuffisant de médecins généralistes et celui des médecins spécialistes nécessite d'être substantiellement corrigé dans les années à venir. Le département de la Santé devra surveiller cette question et le cas échéant établir les projections faisant intervenir les nouvelles données résultant de l'introduction du médecin référent.

- Le médecin référent est également à concevoir comme un relais important dans la promotion de la médecine préventive. Ainsi même abstraction faite d'un éventuel remboursement préférentiel, le patient peut retirer d'autres plus-values lorsqu'il décide de se confier à un médecin généraliste référent. Une enquête récente réalisée par l'INCCI a révélé que 80% des patients ont indiqué qu'ils avaient obtenu des informations sur la prévention de l'infarctus précisément de leur médecin généraliste.

- La crainte qu'avec l'introduction du médecin référent, il y aurait deux catégories de médecins généralistes, suivant qu'ils assument ou non cette fonction, est non fondée, car chaque médecin généraliste est par définition éligible à remplir le rôle de médecin référent.

2) Substitution de médicaments (point 11 - Article 22 bis nouveau)

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

Le principe de la substitution sera opéré pour une liste de médicaments définis appartenant au même groupe de principe actif principal pour lesquels l'équivalence totale a été scientifiquement démontrée. Pour les médicaments dont l'équivalence a été constatée, il appartiendra prioritairement au médecin prescripteur de porter son choix sur le médicament le moins cher, faute de se faire il incombera au pharmacien de proposer à l'assuré la

substitution du médicament prescrit par le médicament moins cher équivalent. La substitution demeure facultative; si l'assuré préfère le médicament prescrit il ne pourra toutefois bénéficier que de la base de remboursement établie en fonction du médicament équivalent le moins cher.

Il est souligné par M. le Ministre que ce faisant le projet propose une démarche douce et prudente dans ce domaine. Cette démarche ne correspond pas du tout au système de substitution obligatoire tel qu'il est pratiqué par exemple aux Pays-Bas. Par ailleurs, il faut relever que jusqu'à présent notre pays a été le seul à ne pas s'engager dans cette voie. Le système proposé ne nuit ni aux médecins, ni aux patients tout en rejoignant l'intérêt général en assurant à la CNS des économies substantielles. Il est par ailleurs faux d'affirmer que le patient pourrait être privé du meilleur médicament possible alors que la substitution ne sera possible que dans les cas où l'équivalence des médicaments en cause aura été scientifiquement démontrée. Il faut encore relever que l'annonce de l'introduction de ce système porte déjà ses fruits dans la mesure où l'industrie pharmaceutique est d'ores et déjà disposée à négocier sur certaines réductions de prix.

Dans le cadre d'un bref échange de vues, la commission évoque les points suivants:

- la nécessité d'une formation continue des médecins en pharmacologie;
- l'opportunité d'œuvrer dans le sens d'une réduction des nombres des médicaments admis.
- La proposition de ne pas calquer la base de remboursement sur le seul médicament le moins cher, mais de prendre en considération la moyenne des quatre médicaments les moins chers, ceci pour éviter que les patients devant suivre des traitements médicamenteux permanents ne soient obligés de changer régulièrement de médicaments.

3) Dossier de soins partagé (Point 31° - article 60bis à article 60quater du CSS)

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

M. le Ministre souligne que le présent projet de loi rassemble les dispositions nécessaires à l'implémentation pratique du dossier de soins partagé, notamment en ce qui concerne la structure du dossier, son champ d'application, les dispositions liant les différents prestataires et le partage des données. Le développement, ainsi que son implémentation progressive sont assurés par l'Agence nationale des informations partagées, regroupant tous les acteurs centraux dans ce domaine. Le financement de cette Agence reviendra à la CNS (2/3) et à l'Etat (1/3).

Bien que le partage de données de santé entre différents acteurs du système de santé comporte des plus-values, la mise en place du dossier de soins partagé doit s'accompagner de mesures adéquates pour garantir la protection des données personnelles. Pour cette raison, les questions touchant la protection des données personnelles devront trouver une réponse en étroite collaboration avec la Commission nationale pour la protection des données (CNPD).

En outre, M. le Ministre relève que le dossier de soins partagé n'est pas à confondre avec le dossier patient unique prévu par la loi hospitalière, mais constitue en quelque sorte un

« dossier patient allégé », regroupant uniquement les médicaments consommés par le patient, ainsi que ses analyses et imageries médicales. Il ne se substitue donc nullement à la documentation créée actuellement par les prestataires de soins. Ces derniers continueront à l'avenir à gérer leur dossier professionnel ou institutionnel.

Il faut encore noter que le patient peut à tout moment s'opposer au partage de données le concernant, soit complètement, soit en partie. (Art. 60quater, paragraphe (4))

Une première application du dossier de soins partagé sera réalisée dans le secteur des laboratoires.

4) Le conventionnement obligatoire (Point 34° - article 64 bis du CSS)

M. le Ministre souligne que le principe du conventionnement obligatoire, spécificité du système de soins luxembourgeois, n'est pas remis en cause par le présent projet de loi. A noter que la substitution de la voie conventionnelle par la voie règlementaire prévue par l'avant-projet de loi a été retirée et en même temps la procédure de médiation (point 40°- article 70 du CSS) est reformée en ce sens qu'une distinction est faite entre la procédure de fixation de la lettre-clé et celle relative à la matière conventionnelle.

Dans le premier cas, c'est-à-dire dans l'hypothèse d'un litige tarifaire, le médiateur dresse en cas de non-accord, un procès-verbal de non-conciliation qu'il transmet au Conseil supérieur de la sécurité sociale. Ce dernier rend alors une sentence arbitrale qui n'est susceptible d'aucune voie de recours.

Par contre, lorsqu'en matière de litige au niveau conventionnel la médiation n'aboutit pas, dans un délai de trois mois à partir de la nomination d'un médiateur, à une convention ou à un accord sur les dispositions conventionnelles obligatoires, le médiateur dresse un procès-verbal de non-conciliation qu'il transmet au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale et auquel il appartiendra alors de statuer afin de permettre le débloqué.

5) La Commission de nomenclature (Point 36°- article 65 bis du CSS)

La composition de la Commission de nomenclature - actuellement caractérisée par la prépondérance des représentants de l'Etat - sera revue en ce sens qu'une parité entre les représentants nommés par les ministres compétents et la Caisse nationale de santé, d'une part, et les experts issus des organismes représentatifs des prestataires, d'autre part, (composition 5/5) avec voix prépondérante du président sera établie. Les associations professionnelles suivantes pourront procéder aux nominations de leurs représentants: l'Association des médecins et médecins-dentistes (2 membres), l'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois (1 membre), le collège médical (1 membre) et le Conseil scientifique (1 membre).

M. le Ministre souligne encore que les représentants de l'Etat ne doivent pas nécessairement avoir le statut de fonctionnaires.

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

6) La Commission de surveillance (Point 42°- article 72 du CSS)

Le projet de loi vise à intégrer le champ de compétence actuel de la Commission de surveillance des décisions individuelles relatives aux tarifs et au tiers payant (volet arbitrage) dans la procédure de décision administrative présidentielle susceptible d'un recours juridictionnel devant les juridictions de la sécurité sociale.

Par conséquent, la Commission de surveillance pourra se concentrer dans le futur sur la poursuite des faits graves violant le Code de la sécurité sociale, notamment en matière de fraude dans le but d'obtenir ou de faire obtenir le bénéfice d'une prestation maladie injustifiée. M. le Ministre souligne qu'il s'agit en moyenne de 2 à 3 cas par an.

*

La Commission poursuivra l'examen des autres points essentiels du projet de loi (l'enveloppe budgétaire globale, les centres de compétence et filières de soins, le médecin coordinateur, le statut du médecin hospitalier) dans de sa prochaine réunion fixée au jeudi, le 28 octobre 2010 à 8h30. Il est prévu que lors de cette réunion, les avant-projets de règlements grand-ducaux prioritaires seront distribués à la Commission.

Luxembourg, le 4 novembre 2010

Les Secrétaires,
Martin Bisenius
Tania Braas

La Présidente,
Lydia Mutsch