

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 25 novembre 2010 (après-midi)

ORDRE DU JOUR :

1. 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 et de l'avis du Conseil d'Etat

2. 6177 Projet de loi portant introduction d'un taux de cotisation unique dans l'assurance accident et modifiant:
 1. le Code de la sécurité sociale;
 2. la loi modifiée du 18 avril 2008 concernant le renouvellement du soutien au développement rural
 - Rapportrice : Madame Lydia Mutsch
 - Examen du projet de loi et de l'avis du Conseil d'Etat

*

Présents : M. Marc Angel remplaçant Mme Lydie Err, M. Félix Braz, M. Jean Colombera, Mme Claudia Dall'Agnol, M. André Hoffmann, M. Lucien Lux, Mme Martine Mergen, M. Paul-Henri Meyers, Mme Lydia Mutsch, M. Jean-Paul Schaaf, M. Marc Spautz, M. Carlo Wagner

M. Mars Di Bartolomeo, Ministre de la Santé, Ministre de la Sécurité sociale
M. Frank Gansen et M. Mike Schwebag, Ministère de la Santé
M. Paul Schmit, M. Claude Seywert, M. Raymond Wagener et Mme Toinie Wolter, Inspection générale de la Sécurité sociale
M. Paul Hansen, Office des Assurances sociales
M. Martin Bisenius et Mme Tania Braas, Administration parlementaire

Excusés : Mme Sylvie Andrich-Duval, M. Eugène Berger

*

Présidence : Mme Lydia Mutsch, Présidente de la Commission

*

1. 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 poursuit l'examen des articles et de l'avis du Conseil d'Etat.

Point 10° nouveau (ancien point 12°) - article 23 de la loi de 1998

Le point 10 introduit une base légale pour le comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières.

L'alinéa 1 de l'article 23 a fait l'objet d'un amendement gouvernement visant à préciser la mission de l'organisme gestionnaire en matière de gestion des risques et de la qualité, libellé comme suit :

« Art. 23. Dans chaque hôpital, groupement d'hôpitaux et établissement hospitalier spécialisé, l'organisme gestionnaire met en place des structures et des mécanismes de gestion des risques, d'évaluation et de promotion de la qualité des prestations, ainsi que de prévention, de signalement et de lutte contre les événements indésirables, y inclus la prévention et le contrôle de l'infection nosocomiale.

La coordination nationale des structures visées à l'alinéa qui précède est assurée par le Comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières. Les frais de fonctionnement et les indemnités des membres du Comité national de coordination sont à charge du budget de l'Etat.

Un règlement grand-ducal précise les missions et la composition minimale de ces structures, les modalités relatives à leur coordination, ainsi que l'indemnité des membres du Comité national de coordination. »

Ce point n'appelle pas d'observation de la part du Conseil d'Etat.

La Commission adopte à l'unanimité le texte gouvernemental amendé.

Point 11° nouveau (ancien point 13°) - article 26 de la loi de 1998

Le Conseil d'Etat ne peut pas approuver le libellé de l'alinéa 1 de l'article 26, étant donné qu'il n'est pas cohérent avec l'approche promouvant un travail en commun des différentes professions de santé au sein des filières de soins et centres de compétences et propose par conséquent de donner à l'alinéa 1 de l'article 26 la teneur suivante:

« Dans les hôpitaux, l'activité médico-soignante s'exerce dans des services médicaux autorisés conformément aux articles 4 et 5 et structurés conformément aux projets de service établis en cohérence avec le projet d'établissement dont question à l'article 22.

Chaque service constitue une unité d'organisation et de gestion comportant une ou plusieurs unités de soins. Par unité de soins on entend une unité fonctionnelle soit d'hospitalisation, soit médico-technique, prenant en charge des patients, située dans une même enceinte architecturale et relevant d'une dotation et d'une gestion commune.

L'organisation médicale et soignante des services médicaux est fixée dans le règlement général de l'hôpital. »

La Commission se rallie à ces vues et reprend le libellé de l'article 26 alinéa 1 tel que proposé par le Conseil d'Etat.

Point 14 supprimé - Article 26 bis nouveau de la loi de 1998

Le point 14 du texte gouvernemental proposait d'introduire un nouvel article 26 bis consacré aux « filières de soins intégrées » et aux « centres de compétences ».

Le Conseil d'Etat estime que les caractéristiques des filières de soins, d'une part, et des centres de compétences, d'autre part, ne sont pas décrites avec la clarté requise et que les responsabilités des différents acteurs ne sont pas suffisamment définies pour qu'il puisse approuver l'article 26bis.

Selon le Conseil d'Etat, des filières de soins ont comme objet une organisation cohérente de soins de nature différente autour de la prise en charge globale de personnes présentant une ou plusieurs pathologies données, permettant d'augmenter la qualité de soins et d'allouer les ressources en place de manière efficiente. Il s'agit donc d'un modèle d'organisation de la mise en œuvre d'un programme de soins qui restera individualisé en tenant compte des besoins particuliers d'un patient donné, mais qui obéira à un déroulement cohérent respectant les impératifs qualitatifs et l'utilisation économique des ressources.

Les centres de compétences par contre seraient des unités d'organisation et de gestion développées autour de la prise en charge d'une pathologie donnée ou d'un complexe de pathologies afin d'obtenir une concentration des ressources et/ou une masse critique des cas à traiter (exemples: certaines affections cancérologiques – comme le cancer du sein, le cancer du poumon, les cancers digestifs –, les accidents vasculaires cérébraux, les transplantations rénales, les pathologies liées à l'environnement).

Le Conseil d'Etat exige que l'article 26bis soit reformulé afin de mieux distinguer « filières de soins » et « centres de compétences ».

Sans remettre en cause l'utilité des concepts et la nécessité de mise en œuvre des filières de soins et des centres de compétences, la Commission décide à l'unanimité de supprimer le point 12 (amendement parlementaire 24), étant donné qu'elle ne dispose pas à l'heure actuelle des éléments lui permettant de formuler une nouvelle proposition de cette disposition avec la précision requise par le Conseil d'Etat.

Compte tenu des explications fournies par M. le Ministre de la Sécurité sociale, la commission tient à souligner que l'idée de la création de filières de soins n'est pas sacrifiée pour autant, mais garde pleinement sa valeur.

Lors des négociations avec les représentants de l'EHL et de l'AMMD, il a été convenu que les filières de soins existant déjà actuellement ou en cours d'être mises au point dans la pratique hospitalière quotidienne continueront d'être développées.

Les expériences pratiques existant dans ce domaine seront mises à profit et l'engagement a été pris d'améliorer la prise en charge des patients, notamment dans les domaines des AVC et de la cancérologie, par le développement de filières hautement spécialisées et performantes.

Au plan juridique, les centres de compétences se trouvent désormais ancrés dans l'article 2 de la loi hospitalière et seront définis dans le plan hospitalier.

Les filières de soins pourront être promues par le biais des statuts et sur base conventionnelle avant de trouver une consécration légale, répondant aux exigences du Conseil d'Etat, à l'occasion d'une prochaine révision générale de la loi hospitalière.

Suite à la suppression du point 12, les points subséquents sont à renuméroter.

Point 12° nouveau (ancien point 15°) - article 29 de la loi de 1998

Ce point introduit la notion de médecins-coordonateurs.

Le Conseil d'Etat considère que la nomination de médecins-coordonateurs à la tête des services médicaux est essentielle pour assurer un fonctionnement convenable de ces services.

Afin de faire suite aux observations formulées, notamment par l'Entente des hôpitaux, ainsi que par l'association la plus représentative des médecins, la Commission décide à l'unanimité de donner à l'article 29 la teneur amendée suivante (amendement parlementaire 25):

« Des médecins-coordonateurs, nommés par l'organisme gestionnaire ~~et placés sous l'autorité du directeur médical, assurent le~~ participent au sein du département médical et sans préjudice des attributions de la direction médicale, au développement et à la coordination de l'activité médicale du service ou du groupement de services hospitaliers conformément aux objectifs du ou des projet(s) de service afférents et aux orientations du projet d'établissement.

Ils assurent des fonctions de coordination et de planification de l'activité médicale du ou des service(s) et veillent :

- *au bon fonctionnement du ou des services et à la qualité des prestations ;*
- *à la standardisation ~~des traitements et~~ de la prise en charge de patients ;*
- *à l'utilisation efficiente des ressources disponibles.*

Ils exercent leurs missions en collaboration avec le responsable des soins et le pharmacien responsable.

Dans l'exercice de leurs missions ils disposent d'un droit de regard sur l'activité de tous les intervenants du ou des services.

Un règlement grand-ducal précise le statut, les missions et les attributions des médecins-coordonateurs, ainsi que les modalités de leur désignation. »

La commission tient à souligner qu'au plan juridique le médecin coordinateur est donc investi d'une mission complémentaire, telle qu'elle ressort de l'article 29 modifiée de la loi hospitalière, et qu'il reste par ailleurs assujéti aux droits et devoirs résultant du contrat de travail respectivement du contrat de collaboration conclu avec l'établissement hospitalier.

Le texte amendé correspond à un accord entre l'EHL et l'AMMD et crée la base légale de la faculté des hôpitaux à nommer des médecins coordinateurs. Le texte ne comporte certes pas d'obligation formelle de procéder à cette nomination, mais dans la mesure où il consacre un accord entre les principaux acteurs du terrain, il est entendu qu'en pratique les nominations en question seront effectivement effectuées.

Point 13° nouveau (ancien point 16°) - article 31 de la loi de 1998

Le point 13 vise à préciser le statut du médecin hospitalier en clarifiant sa position dans le fonctionnement interne de l'établissement hospitalier.

Le Conseil d'Etat ne peut pas approuver la modification de l'article 31. Il donne à considérer que le fait de viser uniquement les médecins sous statut libéral risque de créer des ambiguïtés quant aux droits et devoirs des médecins exerçant sous des statuts différents, mais censés cohabiter et travailler en équipe au sein des services. Il estime que le respect de certaines obligations des médecins à l'hôpital considérées comme indispensables devra viser aussi bien les médecins salariés que les médecins libéraux liés à l'hôpital par un contrat de collaboration et propose de reformuler l'alinéa 1.

La Commission décide à l'unanimité de reprendre la proposition de texte du Conseil d'Etat, en l'amendant toutefois afin de tenir compte d'un accord entre l'EHL et l'AMMD sur ce point (amendement 26). Ainsi, dans la phrase introductive, elle propose de viser directement le médecin hospitalier. En outre, le terme «d'agrément » est remplacé par celui de «collaboration» dans la première phrase de l'alinéa *in fine* de l'article 31. Il s'agit d'une simple adaptation de la terminologie aux termes utilisés à l'alinéa 1er de cette disposition.

Ainsi, l'article 31 prend la teneur suivante :

«Art. 31. Le médecin hospitalier est lié à l'établissement hospitalier soit par un contrat de travail, soit par un contrat de collaboration. Le médecin hospitalier exerce son activité à titre principal ou accessoire dans un ou plusieurs services hospitaliers sous sa propre responsabilité et sans lien de subordination sur le plan médical.

~~L'hôpital prend les mesures nécessaires pour que~~ Le médecin:

- respecte le cadre défini par le règlement général visé à l'article 23;
- participe à la continuité des soins et des gardes;
- déclare et documente ses prestations effectuées à l'hôpital;
- participe à la démarche qualité et à la prévention des risques;
- utilise de manière efficiente les ressources disponibles.

Les contrats ~~d'agrément~~ de collaboration des prestataires de soins non salariés exerçant dans les hôpitaux et établissements hospitaliers spécialisés doivent correspondre à un contrat-type, dont le contenu minimal est arrêté d'un commun accord entre les différents groupements professionnels des prestataires de soins et les groupements des hôpitaux prévus à l'article 62 du code des assurances sociales. A défaut de cet accord, le ministre de la Santé peut arrêter le contrat-type. »

Point 14° nouveau (ancien point 17°) - article 33 de la loi de 1998

Ce point a pour but d'adapter le régime des pharmacies hospitalières.

Le Conseil d'Etat relève que la notion de région hospitalière n'est pas définie dans un texte de loi, et demande partant de la supprimer *in fine* de l'alinéa 2. En outre, il souligne qu'un règlement grand-ducal ne peut se prendre qu'aux fins, dans les conditions et suivant les modalités spécifiées par la loi, de sorte que le terme « notamment » à l'endroit de l'alinéa 3 est à supprimer.

La Commission décide à l'unanimité de suivre le Conseil d'Etat.

Sans observation.

Article 3

L'article 3 prévoit la reconstitution progressive de la réserve minimale.

Cet article a fait l'objet d'un amendement gouvernemental afin de tenir compte de la décision prise le 10 décembre 2010 par le comité directeur de la Caisse nationale de santé. Ainsi, le budget équilibré pour l'année 2011 se base sur le report de la reconstitution de la réserve minimale d'une année, une hausse des cotisations réduite à la moitié de celle initialement prévue et une réduction des mesures d'économies à l'égard des assurés et des prestataires de 25 à 20 millions d'euros.

Cet amendement trouve l'accord du Conseil d'Etat.

La Commission adopte à l'unanimité le texte gouvernemental amendé.

Article 4

L'article 4 a trait au maintien des valeurs des lettres-clés des prestataires de soins pour la période du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2012, à l'exception de la valeur de la lettre-clé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique qui est fixée pour la même période à 0,3050.

Etant donné que le mécanisme d'adaptation rétroactif prévu par les conventions passées entre la CNS et les groupements représentatifs des prestataires de soins est censé couvrir rétroactivement uniquement les périodes situées entre les dates d'échéances de deux négociations tarifaires successives, le Gouvernement a introduit un amendement (amendement gouvernemental 24) au texte initial visant à neutraliser à partir du 1^{er} janvier 2011, ce facteur de rattrapage, de sorte que les valeurs des lettres-clés de ces prestataires sont maintenues pour les exercices 2011 et 2012, sauf augmentation induite par l'évolution de l'indice du coût de la vie.

En outre, afin de ne pas défavoriser les laboratoires privés par rapport aux autres prestataires, le bout de phrase « à l'exception de la valeur de la lettre-clé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique visés à l'article 61, alinéa 2, point 4 du même Code qui est fixée pour la même période à 0,3050 » est supprimé.

Le Conseil d'Etat souligne qu'il faut préciser si le maintien de la valeur de la lettre-clé se rapporte à un maintien extra-indiciaire ou non et si le premier cas de figure est retenu, il y a lieu de le spécifier dans l'alinéa 1.

Par ailleurs, comme l'article 65, alinéa 1 fait référence aux prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, points 1 à 7 et 12, le Conseil d'Etat estime qu'il est préférable de se référer directement à cet article dans l'article sous avis et propose de donner à l'article 4 le libellé suivant :

« Par dérogation aux articles 65, alinéa 2, et 67 à 70 du Code de la sécurité sociale, les valeurs des lettres-clés des prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, points 1 à 7 et 12 sont maintenues par rapport à leur valeur applicable au 31 décembre 2010 au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 pour la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2012. »

La Commission a décidé à l'unanimité de reprendre la proposition du Conseil d'Etat en ce qui concerne l'alinéa 1 de l'article 4 et rétablit l'alinéa 2 de l'article 4, que le Conseil d'Etat a supprimé par inadvertance matérielle (amendement parlementaire 27).

Ainsi, l'article 4 prend la teneur suivante :

« Par dérogation aux articles 65, alinéa 2, et 67 à 70 du Code de la sécurité sociale, les valeurs des lettres-clés des prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, points 1 à 7 et 12 sont maintenues par rapport à leur valeur applicable au 31 décembre 2010 au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 pour la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2012.

Toutefois pour la même période, et par dérogation à l'alinéa précédent, la valeur de la lettre-clé de la nomenclature des médecins est fixée à 0,51109 à l'indice 100, celle de la nomenclature des médecins-dentistes est fixée à 0,62021 à l'indice 100 et celle de la nomenclature des infirmiers est fixée à 0,65251 à l'indice 100. »

Article 5

Le présent article a trait aux dispositions d'économies à charge des prestataires de soins, en agissant de façon ciblée sur certains tarifs et à charge des assurés, en agissant sur les participations statutaires.

Comme le projet de loi prévoyait encore des mesures d'économies à réaliser en agissant sur les prestations et les participations statutaires à charge des patients, le Gouvernement a introduit un amendement au texte initial (amendement gouvernemental 26) visant à supprimer l'alinéa 2 de l'article 5, afin de tenir compte, d'une part, des discussions de la réunion du Comité Quadripartite en date du 27 octobre 2010 et, d'autre part, du budget arrêté par le comité directeur de la CNS dans sa réunion du 10 novembre 2010.

L'amendement 26 prévoit encore de réaliser une économie à charge des laboratoires d'analyses médicales en agissant sur leur nomenclature. Le projet de loi visait initialement de réaliser ces économies par une réduction de la lettre-clé correspondante. Il est projeté de procéder par une révision ciblée de certains actes de cette nomenclature, à effectuer endéans trois mois par le biais de la procédure d'adaptation des coefficients des actes prévue par le Code de la sécurité sociale. En cas de non-accord, ces économies devraient être fixées par voie réglementaire. Ce mécanisme avait déjà été appliqué lors de la crise de 1982 dans le cadre de la loi budgétaire pour l'exercice 1983. Cette démarche devrait utilement s'insérer dans une approche plus globale d'une révision en profondeur de cette nomenclature.

En parallèle, la période transitoire d'un an instaurée par le projet de loi initial pour la débudgétisation des laboratoires hospitaliers, est ramenée à trois mois, afin de renforcer la volonté d'un traitement égalitaire entre les laboratoires privés et les laboratoires hospitaliers. Ainsi les nouveaux tarifs s'appliqueront aussi à partir du 1^{er} avril 2011 aux activités extrahospitalières des laboratoires hospitaliers.

Etant donné que les prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, point 1, sont les médecins, le Conseil d'Etat estime qu'il faut les nommer directement dans l'alinéa 1.

Afin de tenir compte des observations du Conseil d'Etat, les prestataires concernés sont nommément mentionnés dans l'article et les renvois au CSS sont supprimés.

La commission adopte à cet effet l'amendement parlementaire 28.

Article 6

L'article 6 limite pour les hôpitaux, par dérogation à l'article 74 du Code de la sécurité sociale, la progression annuelle de l'enveloppe budgétaire globale pour la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2012 par rapport à l'année 2010 à 3%.

Le Conseil d'Etat estime qu'il y a lieu de préciser s'il s'agit d'une progression extra-indiciaire ou non. En outre, il rappelle que les frais fixes représentent, selon le rapport général sur la sécurité sociale de 2008, 79,4% des frais hospitaliers, et qu'ils sont constitués pour la majeure partie de frais de personnel qui sont sous l'emprise d'une convention collective de travail et adaptés à l'évolution de l'indice pondéré du coût de la vie.

Afin de tenir compte de l'observation du Conseil d'Etat, la Commission décide à l'unanimité d'amender l'article 6, en précisant à l'alinéa 1^{er} qu'il s'agit d'une progression indiciaire (amendement parlementaire 29).

Article 7 du texte gouvernemental initial

Suite à la décision prise le 10 novembre 2010 par le comité directeur de la CNS de limiter la hausse du taux de cotisation à 0,2%, de sorte que le taux actuel de 5,4% passe seulement à 5,6% et non pas à 5,8% tel que prévu par le texte gouvernemental initial, le Gouvernement a introduit un amendement visant à supprimer l'article 7.

Suite à la suppression de l'article 7 initial, les articles subséquents sont à renuméroter.

Article 7 nouveau (ancien article 8)

Cet article abroge l'article 18bis de la loi modifiée du 11 avril portant réglementation de la mise sur le marché et de la publicité des médicaments.

Le Conseil d'Etat approuve l'abrogation de l'article 18bis qui avait risqué de faire double emploi avec le nouvel article 22bis.

La Commission adopte à l'unanimité l'article 7 nouveau.

Article 8 nouveau

Cet article, introduit par voie d'amendement gouvernemental, abroge l'article 2, alinéa 5 de la loi modifiée du 17 mai 2004 relative à la concurrence, étant donné que les attributions de fixation du prix des médicaments à usage humain sont transférées du Ministère de l'Economie vers le Ministère de la Sécurité sociale.

Cet article ne donne pas lieu à observation de la part du Conseil d'Etat et est adopté à l'unanimité par la Commission.

Article 9 nouveau

Par voie de l'amendement gouvernemental 29, a été inséré l'article 9 nouveau, libellé comme suit :

« Art. 9. En attendant la constitution de la Commission de nomenclature suivant les modalités de désignations prévues par la présente loi, ses attributions sont provisoirement exercées par la Commission de nomenclature en fonction au 31 décembre 2010. »

Le Conseil d'Etat estime que cette disposition transitoire devra être dotée d'une date butoir et propose de donner à l'article 9 nouveau, la teneur suivante :

« **Art. 9.** *En attendant la constitution de la Commission de nomenclature suivant les modalités de désignation prévues par la présente loi, ses attributions sont provisoirement exercées par la Commission de nomenclature en fonction au 31 décembre 2010 jusqu'au 30 juin 2011.* »

La Commission décide à l'unanimité de reprendre la proposition du Conseil d'Etat.

Article 10 nouveau

Par voie d'amendement gouvernemental visant à clarifier que les services hospitaliers gardent leurs autorisations actuelles jusqu'à la prochaine révision du plan hospitalier, est inséré l'article 10 nouveau, libellé comme suit :

« **Art. 10.** *Les autorisations d'exploitation d'un service de base d'un établissement hospitalier, accordés par le ministre ayant la Santé dans ses attributions en application du règlement grand-ducal du 13 mars 2009 établissant le plan hospitalier national et déterminant les missions et la composition minimales des structures d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières et les modalités de coordination nationale de ces structures, restent valables.* »

Cet article ne suscite pas de commentaires particuliers de la part du Conseil d'Etat.

La Commission adopte à l'unanimité le nouvel article 10.

Les articles 9 à 13 actuels du projet de loi deviennent les articles 11 à 15 nouveaux.

Article 11 nouveau (ancien article 9)

Sans observation.

Article 12 nouveau (ancien article 10)

Sans observation.

Article 13 nouveau (ancien article 11)

Sans observation.

Article 14 nouveau (ancien article 12)

Le présent article prévoit l'introduction d'une dotation forfaitaire de l'Etat au profit de l'assurance maladie-maternité destinée à compenser dans une phase initiale les effets de l'intégration des prestations en espèces de maternité dans le régime général.

Cette disposition trouve l'accord du Conseil d'Etat quant au fond, mais il suggère de préciser cette disposition et propose la formulation suivante :

« **Art. 14.** *L'Etat prend en charge, jusqu'au 31 décembre 2010, une dotation annuelle de 20 millions d'euros au profit de l'assurance maladie-maternité destinée à compenser de façon forfaitaire les charges supplémentaires incombant à la Caisse nationale de sante du fait de l'incorporation des prestations en espèces de maternité dans le régime général de l'assurance maladie-maternité.*

L'Inspection générale de la sécurité sociale est chargée d'évaluer cette somme avant l'échéance susvisée. »

La Commission décide à l'unanimité de reprendre la formulation du Conseil d'Etat, sauf à redresser par voie de l'amendement parlementaire 30 l'erreur matérielle de la date, à savoir 2013 au lieu de 2010.

Article 15 nouveau (ancien article 13)

L'article 15 a fait l'objet d'un amendement gouvernemental introduisant, d'une part, une entrée en vigueur différée pour la disposition du médecin référent afin de permettre aux parties signataires de la convention afférente de pouvoir élaborer les modalités d'application, et d'autre part, une phase transitoire de transfert des compétences permettant ainsi à la CNS de mettre en place la procédure se rapportant à la fixation des prix des médicaments à usage humain, et réduisant enfin d'un an à trois mois l'entrée en vigueur de l'application du régime extrahospitalier pour l'activité correspondante des laboratoires hospitaliers.

*

Quant à la demande d'un membre de la Commission de savoir si l'avis du collège médical est disponible, M. le Ministre répond par la négative et précise que dans un premier temps, il a été omis de saisir ce dernier pour avis, mais qu'il vient d'être demandé en son avis, conformément à la loi du 8 juin 1999 relative au Collège médical.

En outre, comme les amendements adoptés par la Commission, ainsi que les discussions menées entre le Ministre et les représentants de l'AMMD et de l'EHL, auront des répercussions sur les prévisions financières établies dans le cadre du projet de loi initial, il a été décidé que des chiffres actualisés sur l'impact financier des mesures prévues par le projet de loi seront transmis à la Commission avant l'approbation du projet de rapport.

- 2. 6177 Projet de loi portant introduction d'un taux de cotisation unique dans l'assurance accident et modifiant:**
1. le Code de la sécurité sociale;
2. la loi modifiée du 18 avril 2008 concernant le renouvellement du soutien au développement rural

La Commission procède à l'examen du projet de loi à la lumière de l'avis du Conseil d'Etat et propose d'un commun accord d'apporter les amendements suivants au texte gouvernemental initial :

Article 1^{er}

Point 1^o

Sans observation.

Point 2^o nouveau

L'introduction d'un taux unique en matière d'assurance accident facilitera celle d'un système bonus/malus par règlement grand-ducal. Le présent projet de loi prévoit l'adaptation de l'article 158 du code de la sécurité sociale dans la teneur de la loi du 12 mai 2010 portant réforme de l'assurance accident qui constitue la base légale dudit règlement. Les classes de risques qui sont actuellement synonymes de classes de cotisations perdront ce rôle dans le contexte d'un taux unique. Il n'en reste pas moins que la notion de classe de risque constituera un élément clé du nouveau système bonus/malus.

Dans leur avis commun du 8 novembre 2010, les chambres patronales envisagent donc « le maintien d'une certaine classification des entreprises par secteur d'activité ou l'introduction d'une nouvelle classification s'inspirant de la subdivision du code NACE des entreprises. Ceci permettrait d'effectuer une comparaison du risque accidentogène entre des entreprises appartenant à un même secteur d'activité. Une telle approche permettrait de gagner en homogénéité et précision entre les différentes classes de référence ».

Compte tenu de ces considérations, la Commission prévoit d'introduire par voie d'amendement (amendement 4) la notion de classe de risque dans la base légale habilitante.

Par conséquent, est proposé d'ajouter à l'article 1^{er} un nouveau point 2° et d'amender le point 5° (ancien point 4°). Ces amendements prévoient que le classement des entreprises dans une classe de risque ainsi que la diminution ou la majoration du taux de cotisation peut faire l'objet d'une décision de l'Association d'assurance accident susceptible d'un recours devant les juridictions sociales.

Le nouveau numéro 2° de l'article 1^{er} est libellé comme suit :

2° L'article 128, alinéa 1 est modifié comme suit :

« Les décisions du comité directeur de l'Association d'assurance accident en matière de prestations, d'amende d'ordre, de classement d'une entreprise dans une classe de risque et de diminution ou de majoration du taux de cotisation conformément à l'article 158 peuvent être attaquées par l'assuré, son ayant droit ou l'employeur devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale et, en instance d'appel, devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale. Le recours n'est pas suspensif. »

Suite à l'introduction d'un nouvel point 2°, les points subséquents sont à renuméroter.

Point 3° nouveau (ancien point 2°)

Sans observation.

Point 4° nouveau (ancien point 3)

Sans observation.

Point 5° nouveau (ancien point 4)

Pour les raisons évoquées sous le point 2° nouveau, le point 5° est amendé et prend la teneur suivante :

5° La 1ère phrase de l'article 146 est remplacée comme suit :

« Toute question à portée individuelle à l'égard d'un assuré en matière de prestations et, d'amendes d'ordre, de classement dans une classe de risque et de diminution ou de majoration du taux de cotisation conformément à l'article 158 peut faire l'objet d'une décision du président de l'Association d'assurance accident ou de son délégué et doit le faire à la demande de l'assuré ou de l'employeur. »

Point 6° nouveau (ancien point 5)

Sans observation.

Point 7° nouveau (ancien point 6)

Afin de tenir compte de la suggestion du Conseil d'Etat « de ne pas procéder à la renumérotation proposée en remplaçant les articles 151 à 154 par les articles subséquents », la Commission propose de libeller le point 7° comme suit :

« 7° Les articles 151 à 154 sont abrogés. »

Point 8° nouveau (ancien point 7)

Compte tenu des considérations développées sous le point 2° nouveau, la Commission propose d'introduire la notion de classe de risque dans la base légale habilitante. Ainsi, le point 8° amendé prend la teneur suivante :

8° L'article 158 est modifié comme suit :

« Le taux de cotisation peut être diminué ou augmenté, au maximum jusqu'à concurrence de cinquante pour cent. A cet effet, les cotisants sont répartis en classes de risques. La diminution ou la majoration se fait en fonction du nombre, de la gravité ou des charges des accidents au cours d'une période d'observation récente d'une ou de deux années. Il n'est tenu compte ni des accidents de trajet ni des maladies professionnelles. Le champ et les modalités d'application du présent article sont précisés par règlement grand-ducal. »

Article 2

Sans observation.

Article 3 nouveau

En mettant l'accent sur l'effort financier considérable consenti par l'Etat du fait de l'introduction d'un taux unique, le présent projet de loi entend introduire le financement futur par le régime général des majorations dites «pour grands blessés» accordées dans l'ancienne assurance accident agricole aux personnes ayant exercé une activité agricole à titre principal et ayant subi un accident laissant des séquelles importantes (IPP de 20 % au moins).

Cette prestation est actuellement inscrite dans la loi modifiée du 18 avril 2008 concernant le renouvellement du soutien au développement rural. En vue d'éviter toute insécurité juridique au sujet du maintien de la prestation au-delà du 1^{er} janvier 2011 pour les accidents survenus avant cette date, la Commission propose de compléter le projet de loi par une disposition transitoire. En effet, il ne s'agit pas de supprimer lesdites majorations pour grands blessés, mais uniquement leur prise en charge par l'Etat.

Ainsi, est introduit un nouvel article 3 de la teneur suivante :

« Art. 3. Les rentes accident servies par l'Association d'assurance accident du chef d'accidents survenus ou de maladies professionnelles déclarées avant le 1er janvier 2011 et calculées d'après l'article 161 ancien du Code de la sécurité sociale sont majorées de cent pour cent, si l'incapacité de travail du bénéficiaire du chef d'un ou de plusieurs accidents ou maladies professionnelles atteint vingt pour cent au moins ou s'il s'agit de rentes accident de survie. »

L'article 3 actuel devient l'article 4 nouveau du projet de loi.

Article 4 nouveau

Sans observation.

*

En ce qui concerne le calendrier des réunions, les membres de la Commission conviennent:

- de consacrer la réunion du jeudi, 2 décembre 2010, à la présentation et à l'examen du projet de loi 6217 (ajustement) et de l'avis du Conseil d'Etat;
- de consacrer la réunion du jeudi, 9 décembre 2010 à 13h30, à :
 - l'examen de l'avis complémentaire du Conseil d'Etat relatif au projet de loi 6196, ainsi qu'à la présentation et à l'adoption d'un projet de rapport y afférent ;
 - l'examen de l'avis complémentaire du Conseil d'Etat relatif au projet de loi 6177, ainsi qu'à la présentation et à l'adoption d'un projet de rapport y afférent ;
 - à la présentation et à l'adoption d'un projet de rapport relatif au projet de loi 6217.

Luxembourg, le 6 décembre 2010

Les Secrétaires,
Martin Bisenius
Tania Braas

La Présidente,
Lydia Mutsch