



CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2010-2011

TB/AF

Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

Procès-verbal de la réunion du 09 décembre 2010

ORDRE DU JOUR :

1. Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 2 décembre 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 : Madame Lydia Mutsch
 - Examen de l'avis complémentaire du Conseil d'Etat
 - Présentation et adoption d'un projet de rapport
3. 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 de l'avis complémentaire du Conseil d'Etat
 - Présentation et adoption d'un projet de rapport
4. 6217 Projet de loi portant ajustement des pensions et rentes accident au niveau de vie de 2009
 - Rapportrice : Madame Claudia Dall'Agnol
 - Présentation et adoption d'un projet de rapport

*

Présents : Mme Sylvie Andrich-Duval, M. Félix Braz, M. Jean Colombera, Mme Claudia Dall'Agnol, 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

Mme Toinie Wolter, Inspection générale de la Sécurité sociale

M. Paul Schmit, Inspection générale de la Sécurité sociale

M. Raymond Wagener, Inspection générale de la Sécurité sociale

M. Frank Gansen, Ministère de la Santé

M. Paul Hansen, Office des Assurances sociales

M. Claude Seywert, Association d'assurance contre les accidents

M. Martin Bisenius et Mme Tania Braas, Administration parlementaire

*

Présidence : Mme Lydia Mutsch, Présidente de la Commission

*

1. **Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 2 décembre 2010**

L'approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 2 décembre 2010 est reportée à une prochaine réunion.

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 procède à l'examen de l'avis complémentaire du Conseil d'Etat du 7 décembre 2010, portant sur les amendements parlementaires - au nombre de 30 - du 26 novembre 2010.

La très grande majorité des amendements sont approuvés par le Conseil d'Etat, respectivement ne donnent pas lieu à observation de sa part.

En ce qui concerne les amendements plus amplement commentés ou faisant l'objet de propositions de texte du Conseil d'Etat, la Commission retient ce qui suit :

Amendements 6 et 7

L'amendement 6 a pour objet de compléter à l'article 60ter les missions de l'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé par un point 5) dédié à la communication envers les patients et prestataires sur le fonctionnement du dossier de partage et de la plateforme, dont notamment les droits des utilisateurs et les mesures de sécurité mises en place.

En effet, tel que le fait ressortir l'avis de la CNPD, l'Agence a une responsabilité propre particulière. En tant que responsable du traitement, elle doit notamment respecter une obligation d'information vis-à-vis des personnes concernées.

Dans son avis complémentaire, le Conseil d'Etat propose de donner au point 5) introduit par l'amendement 6 la teneur suivante: « 5) *l'information des patients et prestataires sur les*

modalités opérationnelles et les mesures de sécurité en rapport avec le dossier de soins partagé et la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé.»

La commission décide de reprendre ce texte.

Les modifications apportées par l'amendement parlementaire 7 se rapportent à l'article 60quater et se résument comme suit:

1) La première modification, inscrite au paragraphe (3), vise à souligner le caractère secret des informations partagées à des finalités précises, qui s'inscrivent dans le cadre de la relation entre le patient et le prestataire de soins de santé. La formulation proposée correspond à celle suggérée par la CNPD à la page 7 de son avis.

Le texte amendé traduit le souci de la CNPD de déterminer les différents niveaux d'accès non seulement par rapport aux différentes catégories de prestataires, mais également par rapport aux différentes catégories de données. Concrètement se trouve ainsi consacré le droit du patient de ne pas porter à la connaissance des prestataires autorisés certains groupes d'information qu'il considère comme particulièrement sensibles. Il est entendu que la mise en œuvre de cet accès conditionné requerra des solutions techniques sophistiquées, à la hauteur de la complexité du problème.

2) La suppression de l'accès des directions des établissements hospitaliers au paragraphe (3) répond à une observation formulée par le Conseil d'Etat.

3) Le paragraphe (4) est complété, afin de préciser que le patient dispose d'un droit d'information sur les accès et les personnes ayant accédé à son dossier de soins partagé.

La commission souligne qu'il s'agit en l'occurrence d'une garantie essentielle supplémentaire pour le patient, qui est susceptible de renforcer l'acceptation du système auprès du grand public. La loi assure ainsi au patient d'être informé sur les consultations successives de son dossier. En d'autres termes, la traçabilité des consultations du dossier traduit concrètement le droit d'information du patient sur l'identité des personnes ayant accédé à son dossier.

4) L'ajout au point 3) du paragraphe (6) permet une granularité des niveaux d'accès aux données de la plateforme tenant non seulement compte de la catégorie du prestataire, mais aussi de la sensibilité attachée par le patient à certaines données de santé (page 6 de l'avis de la CNPD).

5) Conformément à la recommandation formulée à la page 9 de l'avis de la CNPD, le nouveau point 3) vise à inscrire dans la loi l'exigence d'un niveau de sécurité particulièrement élevé de la plateforme. Les modalités et mesures de détail seront précisées par règlement grand-ducal pris sur avis de la CNPD.

Le paragraphe (2) de l'article 60ter CSS prévoit que la fonction de l'Agence « est confiée à un groupement d'intérêt économique, regroupant l'Etat, la Caisse nationale de santé et le Centre commun de la sécurité sociale, ainsi que des organismes représentatifs des prestataires des soins et des associations représentant l'intérêt des patients. »

En ce qui concerne l'expression « des associations représentant l'intérêt des patients », la commission précise qu'il s'agit d'un terme générique ne visant pas concrètement une association déterminée, ceci en attendant que la future législation sur les droits des patients crée la base pour la constitution d'un ou de plusieurs organismes réellement représentatifs des intérêts des patients.

Dans son avis complémentaire, le Conseil d'Etat approuve quant au fond les modifications que les amendements 6 et 7 apportent au texte de loi et qui tiennent compte des recommandations que la Commission nationale pour la protection des données a formulées dans son avis du 24 novembre 2010.

En ce qui concerne la formulation des missions de l'Agence, la Commission décide de reprendre le texte tel que reformulé par le Conseil d'Etat au point 2) du paragraphe 1er de l'article 60ter, ainsi libellé:

« 2) la promotion de l'interopérabilité et de la sécurité dans la mise en place de systèmes d'information de santé, moyennant:

- la production et la promotion de référentiels contribuant à l'interopérabilité et à la sécurité des systèmes d'information de santé;*
- la mise en œuvre d'une convergence des systèmes d'information de santé grâce à l'implémentation des référentiels d'interopérabilité ;*
- la veille des normes et standards pour les systèmes d'information en santé;*
- la collaboration avec les organisations internationales en charge de la standardisation dans le domaine des systèmes d'information de santé. »*

Par ailleurs, pour donner plein effet aux recommandations de la Commission nationale pour la protection des données, et afin de respecter l'obligation découlant de l'article 4 de la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement de données à caractère personnel, le Conseil d'Etat exige sous peine d'opposition formelle de compléter l'article 60ter par un paragraphe 4 nouveau libellé comme suit:

« (4) L'Agence constitue le responsable du traitement des données à caractère personnel au sens de l'article 4 de la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement de données à caractère personnel. »

La commission se rallie à ce texte.

En ce qui concerne la proposition du Conseil d'Etat visant à supprimer la communication des résultats des examens d'analyses de biologie médicale et d'imagerie médicale au point 2 du paragraphe 2 de l'article 60quater au motif qu'elle tombe déjà sous le champ de l'article 60bis, alinéa 1, les experts gouvernementaux soulignent que l'article 60bis a trait au dossier de soins de chaque prestataire de soins tandis que l'article 60quater a trait au dossier de soins partagé, de sorte qu'il faut maintenir le point 2 du paragraphe 2 de l'article 60quater.

Compte tenu des explications gouvernementales, la commission décide de reprendre l'ensemble des modifications ponctuelles formulées par le Conseil d'Etat à l'endroit de l'article 60quater, à l'exception de sa proposition visant la suppression de la communication des résultats des examens d'analyses de biologie médicale et d'imagerie médicale au point 2 du paragraphe 2.

Amendement 8

L'amendement 8 vise à redéfinir la composition de la commission de nomenclature.

Dans son avis complémentaire, le Conseil d'Etat souligne qu'il approuve le fait que la Commission de nomenclature pourra comporter désormais un membre désigné par le groupement représentatif des hôpitaux. Il a estimé que cette modification se justifie lorsque ce groupement représente des hôpitaux occupant des médecins salariés ou d'autres

employés dont les honoraires sont déterminés par une nomenclature visée par l'article sous revue.

Dans le même ordre d'idées, le Conseil d'Etat estime qu'il faudra qu'un membre représentant le groupement représentatif des hôpitaux fasse partie de la Commission de nomenclature lorsque celle-ci est saisie d'un sujet concernant la nomenclature des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique, étant donné que selon l'article 74 du CSS, « les actes et prestations dispensés par un laboratoire hospitalier en milieu extrahospitalier et figurant dans la nomenclature des actes et des services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique sont pris en charge suivant les modalités régissant le milieu extrahospitalier » et que les hôpitaux sont donc désormais directement concernés par l'application de cette nomenclature.

Par conséquent, le Conseil d'Etat propose de reformuler l'alinéa 9 de l'article 65 du CSS comme suit:

« Lorsque la Commission de nomenclature est amenée à statuer en matière d'actes et services relevant de la nomenclature des médecins et dispensés en milieu hospitalier ou de la nomenclature des laboratoires d'analyses de biologie médicale, la composition de la Commission de nomenclature est complétée par deux membres devant avoir la qualité de médecin et désignés respectivement par arrêté conjoint des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale et par le groupement représentatif des hôpitaux. »

La commission se rallie à cette proposition de texte du Conseil d'Etat.

Amendement 24

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

Dans son premier avis, le Conseil d'Etat a estimé 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 compétence, la Commission a décidé dans un premier temps 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.

Toutefois dans son avis complémentaire, le Conseil d'Etat estime il y a lieu de définir impérativement dans la loi l'expression « centres de compétences » entrant dans la disposition des articles 2 et 3 de la loi précitée et des articles 65 et 74 CSS.

Aussi, le Conseil d'Etat propose-t-il de donner à cet article le libellé suivant:

*« **Art. 26bis.** Un « centre de compétences » au sens des articles 2 et 3 est une entité organisationnelle qui rassemble à l'intérieur d'un ou plusieurs établissements hospitaliers des ressources d'un ou plusieurs services assurant une prise en charge interdisciplinaire intégrée de patients présentant une pathologie ou un groupe de pathologies.*

La création d'un centre de compétences est soumise à autorisation du ministre ayant la Santé dans ses attributions qui demande au préalable l'avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier.

La demande d'autorisation est introduite par le groupement le plus représentatif des hôpitaux luxembourgeois sous forme d'un projet de centre de compétences.

Ce projet précise:

- les disciplines médicales impliquées, le domaine d'activité médicale projeté;*
- les objectifs quantitatifs et qualitatifs visés;*
- les ressources et équipements à y affecter spécifiquement pour atteindre ces objectifs, y inclus le nombre de lits et d'emplacements dans le ou les établissements abritant le centre;*
- les modalités d'organisation médicale et soignante et de gestion du centre;*
- les qualifications et compétences déterminant les modalités d'agrément des médecins et, le cas échéant, d'autres professionnels de santé collaborant dans le centre;*
- l'organisation et les moyens mis en place pour assurer la continuité des prises en charge afférentes, conformes aux acquis de la science;*
- la composition du conseil scientifique;*
- le contenu minimal du rapport d'activité annuel;*
- les modalités d'accompagnement par un comité d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières.*

Le ministre peut fixer des conditions ou modes spécifiques de prise en charge, des formes et règles de collaboration avec d'autres prestataires intervenant dans la filière de prise en charge en amont ou en aval du centre de compétences.

L'autorisation est accordée si le projet de centre de compétences répond aux besoins de la population fixés dans le plan hospitalier visé à l'article 2. Le refus d'autorisation doit être motivé.

Un règlement grand-ducal précise les modalités et les détails de la procédure à suivre pour l'obtention, la prolongation et le retrait de l'autorisation, ainsi que les missions et modalités d'organisation de fonctionnement et de désignation du Conseil scientifique. »

La commission décide de reprendre ce texte.

Le projet de rapport établi par la rapportrice Mme Lydia Mutsch ainsi complété est adopté à la majorité des voix, moins deux votes négatifs (M. Wagner et M. Colombera) et une abstention (M. Braz).

3. 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 de l'avis complémentaire du Conseil d'Etat du 7 décembre 2010.

Article 1^{er} (amendements 1 à 5)

Dans son avis complémentaire du 7 décembre 2010, le Conseil d'Etat se prononce contre la réintroduction de la notion de classes de risque aux seules fins de l'application d'un système bonus/malus, au motif que cette notion sèmerait la confusion dans un projet de loi qui prône précisément la solidarité de toutes les entreprises indépendamment des risques inhérents à leur activité.

Comme le relève le Conseil d'Etat à juste titre, le système bonus/malus a pour finalité d'inciter les entreprises « à prendre les mesures nécessaires pour minimiser les risques dans leur activité ». Or, ce but ne saurait être atteint en comparant les entreprises sans tenir compte du risque inhérent à leur activité. En effet, cette approche pénaliserait inévitablement les entreprises à risque élevé en favorisant celles à faible risque (p.ex. le secteur tertiaire). Si par contre, le système bonus/malus consiste à comparer des entreprises à risque similaire, il incite chacune d'elles à faire des efforts en matière de prévention des accidents. D'ailleurs, le texte de l'article 158 tel que proposé par le Conseil d'Etat semble baser le système bonus/malus également sur le « risque inhérent à l'activité ». Tout système bonus/malus performant et juste devra comparer les entreprises à risque similaire regroupées dans des classes de risque.

Les experts gouvernementaux soulignent qu'à défaut de classement des entreprises dans des classes de risque, les entreprises à faible risque bénéficieraient toujours du taux de bonus maximal tandis que les entreprises à haut risque se verraient toujours appliquer le taux de malus minimal. Ainsi, le taux unique serait miné en quelque sorte. Il est précisé que les nouvelles classes de risque vont différer des classes de risque actuelles qui sont des classes de cotisation. Elles constitueront plutôt des classes de risque virtuelles visant à comparer des entreprises à risques similaires afin de récompenser respectivement de "pénaliser" les entreprises de façon ciblée en cas de bonnes performances respectivement de dérapages dans le domaine de la sécurité sur le lieu de travail.

Compte tenu des explications gouvernementales, la Commission décide de maintenir le texte dans la teneur des amendements du 26 novembre 2010.

Article 3 nouveau

Cet amendement ne donne pas lieu à observation de la part du Conseil d'Etat.

Le projet de rapport établi par la rapportrice Mme Lydia Mutsch est adopté à l'unanimité des membres de la commission présents ou représentés.

4. 6217 Projet de loi portant ajustement des pensions et rentes accident au niveau de vie de 2009

Mme la Rapportrice présente succinctement son projet de rapport pour les détails duquel il est prié de se référer au document parlementaire 6217³. L'oratrice précise encore que pour donner suite à la demande d'un membre de la Commission, le rapport du Gouvernement à la Chambre des Députés sur l'évolution du niveau moyen des salaires et des traitements en vue de la révision du facteur d'ajustement a été transmis à la Chambre des Députés (doc. parl. 6217^A).

Le projet de rapport établi par la rapportrice Mme Claudia Dall'Agnol est adopté à la majorité des voix, moins un vote négatif (M. Wagner) et une abstention (M. Colombera).

*

En fin de réunion, M. le Ministre fait distribuer une note financière par rapport au projet de loi n°6196 portant réforme du système de soins de santé, annexée au présent projet de procès-verbal, afin de donner suite à la demande d'un membre de la Commission formulée lors de la réunion du 25 novembre 2010 de fournir à la Commission des chiffres actualisés sur l'impact financier des mesures prévues par ledit projet de loi.

Luxembourg, le 20 décembre 2010

La secrétaire,
Tania Braas

La Présidente,
Lydia Mutsch

Annexe : - Note financière par rapport au projet de loi n°6196 portant réforme du système de soins de santé



Note à l'attention de la Commission parlementaire de la Santé et de la Sécurité sociale

Note financière par rapport au projet de loi n°6196 portant réforme du système de soins de santé

Lors de la réunion de la Commission parlementaire de la Santé et de la Sécurité sociale du 25 novembre 2010, les honorables députés reprenaient une critique exprimée par le Conseil d'Etat dans son avis du 23 novembre 2010 et avaient regretté l'absence d'une fiche financière en relation au projet de loi sous-rubrique.

Avant de répondre au moins partiellement à cette demande, il y a lieu de rappeler que le projet de loi dans sa version déposée comprenait une analyse financière complète de la situation financière de l'assurance maladie-maternité, de l'impact du projet de réforme sur ces comptes et des autres mesures impactant les finances aussi bien de l'Etat, de la CNS, du patronat, des assurés et des patients. En outre, des informations financières supplémentaires furent fournies à la Commission parlementaire par le biais de deux notes complémentaires de l'IGSS datées du 6 octobre 2010 (à laquelle la présente note se réfère largement) et du 13 octobre 2010, ainsi que par les données fournies par la CNS ayant servi le 10 novembre 2010 à l'établissement de son budget 2011.

Les amendements gouvernementaux déposés le 16 novembre 2010 tenaient notamment compte des décisions prises par le Comité directeur de la CNS, ainsi que de l'évolution des chiffres en matière de cotisations et de dépenses présentée lors de la réunion du Comité quadripartite du 27 octobre 2010. Ces changements substantiels justifient pleinement une mise à jour des données financières à la base du projet de loi tel qu'il a été discuté et amendé par la Commission parlementaire.

1. Estimation de la situation financière de l'assurance maladie-maternité

Dans le texte de l'exposé des motifs du projet de loi dans sa version initiale, les tableaux 9 et 10 résumaient au chapitre V l'évolution estimée de la situation financière de l'assurance maladie-maternité jusqu'en 2014, une fois à législation constante (reconstitution directe et complète de la réserve minimale, pas de mesures d'économies, croissance non freinée des dépenses, ...) et une fois sur base du projet de réforme.

Pour la nouvelle projection, il y a lieu de remarquer que les données actualisées du STATEC, de la CNS et de l'IGSS ont été utilisées (généralement novembre 2010 contre septembre 2010 pour le projet de loi). En outre, il y a lieu de rappeler la sensibilité des projections effectuées. Les incertitudes économiques qui continuent à planer sur l'économie nationale, représentent un risque potentiel, qu'il n'est néanmoins pas possible de prendre en considération dans les projections à effectuer.

A législation constante, ces nouvelles données n'ont guère d'impact sur les comptes de l'assurance maladie-maternité.

Le tableau qui suit se base sur le projet de loi tel qu'il devrait être soumis au vote de la Chambre des députés, c.-à-d. incluant les amendements gouvernementaux et parlementaires. En ce qui concerne le détail des mesures financières maintenant à la base du projet de réforme, il est notamment renvoyé à la section 2. de la présente note. A titre d'exemple, on peut citer la dotation forfaitaire de 20 mio. € destinée à compenser l'intégration des dispositions maternité dans le régime normal, pour laquelle une réévaluation est prévue au cours de 2013.

Tableau 1 – Projection de la situation financière sur base du projet de réforme

AM situation financière globale: estimation de l'évolution financière 2010-2014

Exercice	2009	2010 1)	2011 1)	2012 1)	2013 1)	2014 1)
Recettes, dont:	1940	2012	2151	2231	2336	2450
<i>cotisations</i>	1752	1815	2100	2180	2283	2395
<i>maternité</i>	156	167	0	0	0	0
Dépenses, dont prestations nettes:	1961	2046	2149	2260	2370	2475
<i>soins de santé</i>	1635	1709	1770	1848	1927	2003
<i>PE maladie</i>	95	87	93	99	105	112
<i>maternité (PN+PE)</i>	151	162	175	188	200	213
Solde des op. courantes:	-20	-33	2	-28	-34	-25
Solde global cumulé (réserve totale):	199	166	168	140	106	80
Fonds de roulement minimum (minimum réserve)	196	113	118	147	178	210
Dotation / prélèvement fonds de roulement	2	-84	6	29	31	33
Solde de l'exercice après dot. réserve	22	50	-3	-57	-65	-58
Solde cumulé après dot. réserve	3	53	50	-7	-72	-130
Dépenses: taux de croissance		4.3%	5.0%	5.2%	4.9%	4.4%
<i>soins de santé</i>		4.5%	3.6%	4.4%	4.3%	4.0%
<i>PE maladie</i>		-8.8%	7.4%	6.1%	6.3%	6.4%
<i>Maternité (PN+PE)</i>		7.1%	8.1%	7.3%	6.5%	6.6%
Participation de l'Etat, dont	798	832	860	892	933	978
Cotisations	642	665	840	872	913	958
maternité	156	167	0	0	0	0
Dotation spéciale maternité			20	20	20	20
Paramètres financiers ou autres:						
PIB 2)	-4.1%	3.0%	3.0%	2.7%	2.9%	3.1%
Emploi 3)	1.2%	1.8%	1.8%	1.7%	2.2%	2.1%
n.i. coût de la vie 4) (moyenne annuelle)	699.44	711.07	725.84	737.83	752.59	769.90

1) Estimations IGSS

2) Source: Ministère des Finances 2010-2011 – prévisions budgétaires 2012+ basé sur hypothèses de croissance pacte de stabilité
http://www.mfpublic.lu/publications/programme/11e_progr_stabilite_croissance.pdf

3) Estimations IGSS

4) Statoc 2000-2009; 2010-2014: données budgétaires MF

En dehors des réserves précitées en relation à la fiabilité à moyen et long terme des projections effectuées, on peut retenir les observations suivantes :

- les analyses et les démarches exposées dans le cadre de l'exposé des motifs du projet de loi restent globalement valables ;
- les données économiques revues et les mesures d'économies resp. d'augmentation des cotisations moins tranchantes se compensent de sorte que l'équilibre financier à moyen terme se maintient ;
- les mesures d'assainissement à court terme de l'assurance maladie-maternité ne dispensent aucunement de la nécessité de mettre en œuvre les mesures de réforme structurelles, notamment en ce qui concerne le contrôle et le pilotage de l'évolution de l'offre du système de soins de santé.

2. Mesures d'économies prévues dans le projet de réforme

Les mesures financières comprises dans le projet de réforme se résument comme suit :

- Recettes supplémentaires à travers une augmentation mesurée des cotisations
- Intégration de la maternité dans le régime général de l'assurance maladie
- Réduction durable de la croissance de dépenses de soins de santé de +/- 6% par an à +/- 4% par an
- Mesures d'économies à charge des patients et des prestataires de soins
- Reconstitution en étapes de la réserve minimale.

L'objectif de consolidation financière durable de l'assurance maladie-maternité est seulement réalisable si les mesures à visée immédiate et celles ciblant le moyen et le long terme étaient mises en vigueur de façon conjointe.

À court terme (i.e. pour le budget 2011 de l'assurance maladie-maternité), le projet de réforme prévoit dans la section des dispositions financières :

- Reconstitution de la réserve minimale (Art. 3) : Cette reconstitution est désormais échelonnée sur 4 années et débutera seulement en 2012. Cette modification par rapport au projet de loi initial se base sur la volonté de tenir compte de la décision prise le 10 novembre 2010 par le Comité directeur de la Caisse nationale de santé.
- Valeurs des lettres clés des professionnels de santé (Art. 4) : L'évolution des lettres-clé est régie par les dispositions de l'article 67 du CSS, de sorte que ces prestataires pourraient logiquement exiger une revalorisation de leurs tarifs. Néanmoins, le projet de réforme vise à geler ces dépenses. La progression se limite ainsi à la prise en compte d'une tranche indiciaire, qui est automatiquement répercutée sur les lettres-clé (à l'exception des laboratoires d'analyses médicales dont la lettre-clé n'est pas indexée). Cette mesure devrait apporter une économie estimée à 3 mio. €. En outre, il n'est pas possible de prédire l'évolution quantitative des actes prestés dans les différentes nomenclatures, étant donné qu'il faut s'attendre à une certaine récupération par le volume, surtout pour les médecins auto-prescripteurs.
- Nomenclature médicale (Art. 5, alinéa 1) : Il est prévu de réaliser par le biais de cette mesure une économie de 6 à 6,5 mio. €. Il était initialement prévu de réajuster de façon ciblée certaines dispositions des nomenclatures des médecins spécialisés

tels que les locations d'appareils ou l'assistance opératoire. Dans le cadre des discussions « de dernière minute » avec l'AMMD, il a été concédé à celle-ci de choisir la forme des économies à réaliser. L'AMMD a opté pour une réduction linéaire des actes techniques. L'avant-projet de règlement grand-ducal correspondant suivra la procédure d'urgence afin que les mesures correspondantes puissent entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2011.

- Nomenclature des laboratoires d'analyses médicales (Art. 5, alinéa 2) : Le projet de loi visait initialement de réaliser des économies par une réduction de la lettre-clé correspondante. Il est proposé de réaliser l'économie projetée 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. A noter que cette nouvelle nomenclature s'appliquera à partir du 1^{er} avril 2011 aussi aux activités extrahospitalières des laboratoires hospitaliers.
- L'avant-projet de loi prévoyait également de réaliser une économie d'environ 25 mio. € sur les conditions, modalités et taux de la prise en charge des actes, services et fournitures déterminés par les statuts. Etant donné la réduction de ce montant à 20 mio. € et le budget voté de la CNS pour 2011, il n'y a plus lieu d'inclure cette mesure dans le projet de réforme.
- Enveloppe budgétaire globale pour le secteur hospitalier (Art. 6) : La progression de cette enveloppe est fixée pour 2011 et 2012 à 3% par rapport à la moyenne récente de 6% par an. Il faut néanmoins rester prudent par rapport à cette mesure, étant donné que l'évolution financière de ce secteur affiche un certain moment d'inertie dans son développement (nombre de médecins engagés, développement de services et acquisitions d'appareils accordées, évolution des carrières du personnel, tranche indiciaire, ...) et que sa mise en œuvre à brève échéance sera techniquement difficile. En outre, il faut constater que dans d'autres pays, le rapprochement au taux d'évolution se fait normalement sur plusieurs années. En indexant cette enveloppe budgétaire globale, il a été tenu compte des réserves exprimées tant par le Conseil d'Etat que par les établissements hospitaliers et les représentants de leurs salariés. Cette indexation doit néanmoins être considérée comme une mesure tampon, qui ne dispense néanmoins pas de l'objectif d'économie fixé à 10 mio. €.

A long terme, les mesures structurelles prévues dans le projet de loi devraient à partir de 2012 porter leurs fruits plus ou moins rapidement. Ces mesures ciblées ont pour la plupart la double finalité d'améliorer/de préserver le système de soins de santé et de limiter/de freiner la croissance des coûts. Il n'est néanmoins guère possible de chiffrer l'impact financier de ces mesures, qui dépendra de nombreux facteurs :

- calendrier de la mise en œuvre
- préfinancement éventuellement nécessaire
- négociations tarifaires futures
- changement des pratiques de prescription

- envergure de la réforme de la nomenclature médicale
- etc

Le facteur essentiel de réussite ou d'échec de la réforme sur le long terme porte néanmoins sur la mise en œuvre des mécanismes de régulation et de pilotage de l'offre du système de soins de santé que devrait créer la future loi, le cas échéant, une fois votée. Cette application plus ou moins courageuse face à de nombreuses et influentes lobbies concerne aussi bien les niveaux statutaire et conventionnel (i.e. dans le périmètre d'action de la CNS) que le niveau réglementaire (i.e. par le Gouvernement en matière de planification hospitalière, d'agrément des médecins hospitaliers, de fixation de l'enveloppe budgétaire globale, ...).

Le projet de réforme se base encore sur le principe que la participation financière globale de l'Etat (i.e. incl. maternité) reste à court terme globalement stable et que son évolution future reste comparable à celle à législation constante. La dotation forfaitaire pour les prestations en espèces de maternité contribue à cet objectif et est destinée à compenser les charges supplémentaires incombant à la Caisse nationale de santé du fait de cette incorporation dans le régime général de l'assurance maladie-maternité.

A noter que le budget de l'Etat est encore directement ou indirectement impacté par différentes mesures secondaires, notamment l'intégration du financement des frais d'accueil du futur hospice pour personnes en fin de vie dans le financement budgétaire hospitalier et l'intégration des projets informatiques e-Santé et healthnet et de leur financement dans la future Agence nationale,

Le projet de réforme prévoit encore la création d'un nombre limité de nouveaux postes nécessaires au pilotage adéquat de la réforme :

- Aux fins de la mise en place de la Cellule d'expertise médicale, de deux médecins à détacher respectivement par la Direction de la santé et le Contrôle médical de la sécurité sociale ainsi que de deux fonctionnaires de la carrière moyenne du rédacteur et de deux employés de l'Etat de la carrière S pouvant se prévaloir d'une formation respectivement en économie de la santé et en sciences mathématiques. Un des postes de la carrière du rédacteur est motivé par le transfert de l'attribution de la fixation du prix public des médicaments du ministère de l'Economie vers le ministère de la Sécurité sociale.
- L'engagement d'un fonctionnaire de la carrière supérieure pouvant se prévaloir d'une formation en économie ou en statistiques et d'un fonctionnaire de la carrière d'un fonctionnaire de la carrière moyenne du rédacteur est motivée par la nouvelle mission de l'Inspection générale de la sécurité sociale prévue à l'article 74, c'est-à-dire l'établissement d'une analyse prospective en vue de la fixation de l'enveloppe budgétaire globale des établissements hospitaliers.
- La création d'un poste de la carrière moyenne est motivée par l'entrée en vigueur au 1^{er} mars 2010 du nouveau règlement CE 883/2004 du Parlement européen et du Conseil portant coordination des systèmes de sécurité sociale de son règlement d'application.
- L'engagement de deux médecins-conseil pour le compte du Contrôle médical de la sécurité sociale était initialement déjà, en raison de nouvelles missions, prévu dans

le projet de loi n°5899 portant réforme de l'assurance accident et ne concerne pas directement la réforme du système de soins de santé.

La création de postes en relation directe au projet de réforme ne devrait pas dépasser un 1 mio. € par an. En ce qui concerne les frais de fonctionnement y relatifs, il y a seulement lieu de soulever les frais liés aux travaux de la Cellule d'expertise médicale, qui devraient également comprendre des frais d'expertise et de recherche ou encore les frais de partenariat avec d'autres organismes étrangers remplissant des missions comparables.

3. Ciblage des mesures financières prévues dans le projet de loi portant réforme du système des soins de santé

La présente liste récapitule les mesures visant les différentes parties prenantes de la réforme de l'assurance maladie-maternité.

A noter qu'il n'est pas possible d'effectuer une évaluation précise de toutes les mesures structurelles (médecin référent, documentation des soins, dossier de soins partagé, réforme des nomenclatures, chirurgie ambulatoire, etc), et ceci pour différentes raisons. Ainsi, les dispositions réglementaires, conventionnelles et statutaires doivent encore être élaborés, notamment au niveau de la CNS et avec les prestataires de soins. A noter également que la mise en œuvre de certaines mesures se fera progressivement dans le temps resp. requerra aussi des financements préliminaire (p.ex. Agence et dossier se soins partagé)

Etat :

- Participation globale effective de l'Etat reste comparable à celle à législation constante ; le taux de participation global de l'Etat baisse de 41,2% à 40,0%) ; l'augmentation des cotisations de 0,1% équivaut à 24,5 mio. €
- L'Etat est déchargé du financement direct des frais d'accueil du centre d'accueil pour personnes en fin de vie (+/- 2 mio €)
- La participation de l'Etat dans le financement du volet informatique (healthnet, e-Santé) est réorienté ; deux tiers sont à la charge de la CNS ; un tiers reste à la charge de l'Etat ;
- La création de nouveaux postes nécessaires au pilotage du projet de réforme est négligeable.
- Intégration de la maternité dans le régime général et dotation forfaitaire destinée à compenser l'évolution des prestations en espèces de maternité (avec actuellement croissance supérieure à la moyenne)
- Charges supplémentaires pour l'Etat employeur
- Moins-values fiscales liées à la déductibilité des cotisations sociales

Assurés :

- Financement supplémentaire : l'augmentation des cotisations de 0,1% équivaut à 17 mio. €
- Frontaliers indirectement concernés (augmentation des cotisations), leur consommation étant inférieure à leurs cotisations

Employeurs :

- Financement supplémentaire : l'augmentation des cotisations de 0,1% équivaut à 17 mio. €

Patients :

- Mesures statutaires (prestations et participations) : 20 mio €

Prestataires de soins en général

- Gel des lettres-clé (pour l'ensemble des prestataires de soins évaluée à 3 mio. €)

Médecins

- Mesures d'économies en agissant sur les coefficients des actes et services (6-6,5 mio €), risque de récupération par le volume

Professionnels de santé (libéraux, réseaux)

- Forfait pour actes infirmiers pour personnes dépendantes en milieu ambulatoire (à l'instar du milieu hospitalier)

Personnel de soins (hôpitaux)

- Pas d'action directe sur salaires ou conditions de travail
- Mesures indirectes englobant le personnel p.ex. enveloppe budgétaire globale et dispositions de forfaitisation, de fédération d'activités, débudgétisation des laboratoires hospitaliers pour leurs activités extrahospitalières

Etablissements hospitaliers

- Enveloppe budgétaire globale dont l'augmentation est fixée à 3% pour 2011 et 2012 ; incitatif pour les directions hospitalières de cadrer l'évolution des coûts ; à noter que l'indexation de l'enveloppe budgétaire est à considérer comme mesure tampon ne dispensant pas de l'objectif d'économie de 10 mio. €
- Révision du mécanisme de budgétisation : enveloppe fixée par le gouvernement sur base d'une planification pluriannuelle, budgets hospitaliers sur deux ans, forfaitisation de certaines prestations ou types de dépenses
- Mesures structurelles diverses (Précision des missions et du fonctionnement des polycliniques, abolition de la notion des services de base, centres de compétences et filières de soins, synergies concernant activités administratives, logistiques et services auxiliaires, chirurgie ambulatoire avec adaptation de l'existant sans dédoublement de l'offre, planification hospitalière avec reconsidération des projets en cours d'autorisation (missions/envergure), ...)
- Comptabilité analytique définie par la CNS : condition préliminaire en vue de l'application d'un « *full cost model* »
- Cadrage de l'évolution du nombre de médecins en milieu hospitalier en fonction des services autorisés

Pharmaciens :

- Pratique de la substitution et création d'une base de remboursement
- Maintien de l'abattement à 3,75%
- Dans le cadre de la modification des dispositions de prise en charge des médicaments, effectuée sur base du parallélisme avec la Belgique, les pharmaciens se voient confrontés en 2010 à des diminutions de recettes substantielles.

Laboratoires :

- Recadrage de la tarification dans le cadre d'une adaptation de la nomenclature (2-2,5 mio €)
- Harmonisation fonctionnement hospitalier-privé : laboratoires hospitaliers sont soumis aux règles extrahospitalières pour l'activité ambulatoire

Luxembourg, le 7 décembre 2010