



Réforme du système de soins de santé

Texte du projet

Projet de loi N° 6196 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

Informations techniques :

No du projet :	85/2010
Date d'entrée :	7 octobre 2010
Remise de l'avis :	Urgence
Ministère compétent :	Ministère de la Sécurité sociale
Commission :	Commission Sociale

..... Procédure consultative.....



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Sécurité sociale
Ministère de la Santé

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.

Exposé des motifs

I. Introduction

I.1. Les soins de santé

Le développement du système de soins de santé est un processus permanent d'adaptation aux besoins changeants de la population, d'intégration des nouvelles possibilités de traitement et d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des prestations fournies. Ce processus doit garder le patient au centre de ses préoccupations, qui s'attend à une offre de service de qualité, mais veut aussi être associé à la prise en charge en tant que personne informée, responsable et autonome.

Notre système de santé publique se caractérise par le libre accès à des soins de qualité, l'égalité de traitement, le financement solidaire et aussi la solidarité avec les bénéficiaires de soins. La pérennisation de ces valeurs n'est pas compatible avec un laisser-faire ou un surplace permanent, mais exige un esprit de modernisation, une approche critique, une nécessité de transparence et une recherche de la qualité et de l'efficacité. Tous les acteurs ont été invités et resteront associés à un processus de réforme de notre système de soins de santé axé sur une amélioration de la coopération et de la coordination et sur une meilleure utilisation des ressources disponibles.

La réforme renforcera les concepts de promotion de la santé et l'approche préventive tout en attachant une importance particulière aux soins de premiers recours en tant que point de contact de proximité et de confiance pour les patients, non seulement pour les maux physiques mais aussi pour le bien-être psychique. Le rôle du médecin généraliste sera ainsi revalorisé, tant en ce qui concerne ses compétences spécifiques que sa fonction de guide et référent dans le système de soins et à travers le parcours de traitement.

Les investissements dans les infrastructures hospitalières seront maintenus à un niveau élevé tout en mettant un accent particulier sur la recherche de l'utile et du nécessaire et tout en évitant les doubles emplois et les dépassements de budgets. Les hôpitaux devront redéfinir leur rôle, aussi bien entre eux que dans le système de soins dans sa globalité. Ils devront promouvoir les synergies, rechercher la spécialisation et le partage des tâches, s'associer à des projets communs aussi bien dans le domaine médical que dans la logistique. Ceci nécessite aussi une redéfinition du rôle du médecin hospitalier permettant de l'associer d'avantage au fonctionnement de l'hôpital et de le responsabiliser dans ce processus.

I.2. Les visées de la réforme

Depuis la réforme structurelle de 1992, les fondements de notre système de soins de santé sont globalement restés inchangés notamment en ce qui concerne le conventionnement obligatoire des prestataires de soins garantissant un accès égal et équitable à l'offre de soins, une médecine libérale jouissant d'une liberté thérapeutique et d'une liberté de prescription large, et un secteur hospitalier budgétisé, fonctionnant suivant des principes comparables à un service public.

Grâce à une très bonne situation économique au cours des dernières années, des investissements substantiels par le biais du Fonds des investissements hospitaliers et de l'assurance maladie-maternité ont été réalisés en faveur des infrastructures hospitalières. Le

pays dispose donc d'un système de santé très développé offrant aux assurés des services de qualité et assurant aux prestataires des conditions excellentes.

Presque tous les pays présentant des systèmes de soins de santé comparables ont opté au cours des dernières années pour l'introduction de régimes de financement forfaitaires. Par ce biais, la pilotabilité des systèmes de soins de santé est assurée par un cadre financier plus contraignant axé sur les prestations couvertes par l'assurance maladie-maternité et effectivement réalisées. De tels systèmes entraînent certains effets de marché incitant à une plus grande concurrence entre les prestataires. Ils comportent une autorégulation de l'offre mais aussi le risque d'une offre de soins n'assurant plus un accès aux soins égal pour tous les assurés. D'autre part, la mise en œuvre et la maintenance de tels systèmes comportent des contraintes techniques considérables. Pour ces raisons, il est proposé de miser sur les caractéristiques actuelles de notre système et sur son potentiel d'amélioration et d'efficacité. Dès lors, tout en maintenant les principes actuels et dans la même visée que son prédécesseur, le projet de réforme vise prioritairement une meilleure coordination et une meilleure pilotabilité du système de soins de santé, précisant le cadre normatif en matière de documentation et de standards, misant sur des gains d'efficacité et d'efficacité, stimulant la responsabilité des différents prestataires et améliorant les mécanismes de contrôle et de surveillance.

Cette vision protectrice pour notre système actuel ne peut se réaliser que si les mesures prévues apportent durablement les fruits escomptés. En outre, la plus grande mobilité non seulement des patients mais surtout des prestataires, pour lesquels notre système de soins de santé représente une attractivité sans concurrence au niveau régional voire européen, risque de porter atteinte à l'équilibre fragile de l'offre et des moyens de financement de l'assurance maladie-maternité.

L'autre priorité du projet de loi est le redressement à court terme de la situation financière de l'assurance maladie-maternité. Pour 2010, le choix du législateur, globalement partagé lors de la réunion Quadripartite du 7 octobre 2009 et entériné dans la loi budgétaire, a été de combler le déficit 2010 de l'assurance maladie-maternité par un abaissement de la limite inférieure de la réserve obligatoire de l'assurance maladie-maternité. Ceci fut une opération unique permettant de donner une marge de manœuvre pour une réforme en profondeur. Il est prévu de reconstituer cette réserve progressivement au cours des prochaines années. Les premières statistiques pour l'année 2010 affichent des indicateurs légèrement plus positifs par rapport au budget voté par le comité directeur de la Caisse nationale de santé. Cette embellie est due à un emploi qui semble résister un peu mieux qu'attendu aux effets de la crise, mais ne dispense toutefois pas de la nécessité d'une réforme structurelle. Pour 2011, un déficit des opérations courantes comparable à celui initialement prévu pour l'année en cours est attendu. Néanmoins, la tendance d'un écart croissant entre dépenses et recettes se confirme pour 2011 et pour les années à venir.

Le Code de la sécurité sociale prévoit des mécanismes précis que les partenaires sociaux peuvent activer en vue de la fixation des prestations de l'assurance maladie-maternité ainsi que de la négociation des tarifs des prestataires des soins et des budgets des hôpitaux. Tout en respectant l'autonomie de la Caisse nationale de santé dans ce domaine, le projet de loi a l'ambition de redresser de façon directe certains automatismes et des évolutions malsaines en matière de tarification et de rémunération des prestataires de soins. En outre, il prévoit, à l'instar des mesures prises lors du déficit engendré par la crise sidérurgique du début des années '80, un objectif d'économies substantielles des dépenses de l'assurance maladie-maternité. Complémentairement, le projet de loi prévoit des recettes supplémentaires de

l'assurance maladie-maternité. Ces différentes mesures sont nécessaires afin d'assurer l'équilibre financier pour 2011 et les années à venir et d'éviter le recours à répétition à une augmentation des cotisations, tel que prévu par le Code de la sécurité sociale.

Le Gouvernement opte clairement pour un lien des mesures ciblant le court terme et le moyen terme, et ceci afin d'assurer de façon durable une stabilité de l'assurance maladie-maternité. En outre, le projet de loi ne veut pas seulement traiter les symptômes d'une crise engendrée par la crise financière et économique globale, mais a aussi l'ambition de s'attaquer à des problèmes structurels que notre système de soins de santé rencontre depuis plusieurs années. La combinaison de ces visées entraîne que le projet de loi devrait être soumis au vote de la Chambre des Députés au cours de l'année 2010. L'entrée en vigueur des éléments de la loi contribuant au redressement de la situation financière de l'assurance maladie-maternité de la loi est programmée au 1^{er} janvier 2011. Certains éléments pourront partiellement être programmés pour des dates ultérieures respectivement bénéficier de périodes transitoires pour assurer une bonne implémentation effective des différentes mesures décidées.

1.3. Le cadre général de la réforme

Le programme gouvernemental 2009-2014 confirme les fondements de notre système de santé, en engageant le Gouvernement « à préserver un système de santé basé sur la solidarité nationale, l'équité et l'accessibilité ainsi que sur la qualité de l'offre ».

Le programme gouvernemental fixe également les orientations stratégiques pour les réformes à effectuer au cours de la période législative :

- préserver un système de santé public et solidaire et développer la qualité, la complémentarité et des filières de soins coordonnées,
- maîtriser l'évolution du coût global de l'assurance maladie-maternité et assurer la pérennité de notre système de santé,
- créer une gestion des données répondant à des critères d'exhaustivité, de transparence, de fiabilité, de standardisation, de comparabilité et d'échangeabilité .

Lors de la réunion du Comité quadripartite du 7 octobre 2009, le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale a discuté avec les partenaires sociaux, les médecins, les hôpitaux et les autres prestataires de soins la situation de l'assurance maladie-maternité et du système de soins de santé (cf. note d'orientation conceptuelle élaborée à cette occasion par l'Inspection générale de la sécurité sociale et communiquée au préalable aux participants de la réunion). Cette analyse peut être résumée comme suit :

- le déficit de l'assurance maladie-maternité pour l'année 2010 (estimé à ce moment-là à 92,5 millions euros ou 4,5% du budget global) est principalement généré par les effets de la crise, notamment la baisse de l'activité économique et le ralentissement de la croissance (voire la stagnation ou même la baisse) de l'emploi, dont on ne pouvait et ne peut toujours pas déterminer ni la durée ni les conséquences durables,
- des difficultés structurelles s'annonçaient dans le domaine des soins de santé depuis quelques années, notamment illustrées par une hausse moyenne annuelle élevée des prestations entre 1999 et 2009 (pouvant seulement être supportée par une croissance économique soutenue permanente et stable) et par un développement soutenu des

investissements publics dans le domaine de la santé et (ne pouvant pas être justifiée par un développement proportionnel de la qualité ou un accroissement correspondant de la population assurée),

- la devise « soigner mieux en dépensant mieux » et une démarche concertée axée sur « l'utile et le nécessaire » qui ont cadré l'action du Gouvernement au cours de la période législative précédente, ont certes permis de stabiliser le fonctionnement de l'assurance maladie-maternité et de sensibiliser tous les acteurs, mais doivent être renforcées par une dynamique de réforme et d'optimisation du système de soins de santé afin de le rendre plus performant et plus efficient.

De cette analyse découle une démarche en trois étapes :

Le pacte de stabilité pour les années 2010 et 2011 prévoit une stabilisation des facteurs essentiels du développement des coûts du système de soins de santé. Ainsi, le maintien au niveau 2009 de certaines catégories de frais et la limitation du nombre de médecins agréés sont prévus en milieu hospitalier afin de réaliser un ralentissement de l'évolution des dépenses. En outre, les discussions et les négociations avec les prestataires de soins en matière tarifaire, conventionnelle, statutaire ou d'adaptation des nomenclatures ne doivent pas aboutir à de nouveaux coûts disproportionnés pour l'assurance maladie-maternité. La Caisse nationale de santé et la Commission de nomenclature doivent renforcer leurs efforts afin de remédier à certaines incohérences manifestes en matière de tarification et d'indemnisation des prestations. Les projets d'investissement projetés seront reconsidérés quant à leur envergure et à leur impact sur l'assurance maladie-maternité et sur le système de soins de santé dans sa globalité. La Caisse nationale de santé procédera à une sensibilisation aussi bien des assurés en tant que consommateurs, que des médecins en tant que prescripteurs et de tous les prestataires en tant que fournisseurs, afin de les rendre conscients de leurs responsabilités respectives pour notre système de soins de santé.

En visant plutôt les maux que les symptômes, la réforme de l'assurance maladie-maternité doit répondre au double défi de remédier de façon durable au déficit persistant et de poser les voies du fonctionnement du secteur de la santé pour les années à venir. La mise en œuvre des nouvelles orientations et priorités portera sur les années à venir et englobera aussi bien d'autres démarches législatives que l'implémentation d'une nouvelle nomenclature médicale, le basculement du « tout stationnaire » vers le développement conséquent des soins primaires ou encore le développement de la chirurgie ambulatoire. Notre système de soins de santé, qui est l'un des plus attractifs aussi bien pour ses usagers que pour les différents prestataires qui l'animent, devra non seulement maintenir son haut niveau de qualité mais aussi remédier à certaines faiblesses structurelles, dont notamment le manque de documentation et de transparence et l'absence de filières de soins structurées, telles qu'illustrées par le « Panorama de la santé 2009 » établi par l'OCDE, qui brosse un tableau nuancé des soins de santé prodigués au Luxembourg.

Le projet de réforme se base sur différents travaux préliminaires :

- les discussions des dernières années au sein de la Quadripartite avec les différents partenaires de l'assurance maladie-maternité impliqués dans la démarche du « *Soigner mieux en dépensant mieux* » qui tournaient autour des éléments centraux repris dans le projet de réforme, tels que la documentation et la nomenclature, l'organisation commune et coordonnée de l'offre hospitalière, etc.

- des échanges intensifs ont été entamés directement après la réunion Quadripartite du 7 octobre 2009 avec l'Association des médecins et médecins-dentistes et l'Entente des hôpitaux luxembourgeois ainsi que les partenaires sociaux.
- des groupes de travail réunissant des représentants des ministères de la Santé et de la Sécurité sociale, de la Direction de la santé, de l'Inspection générale de la sécurité sociale, de la Caisse nationale de santé et du Contrôle médical de la sécurité sociale ont été instaurés. A partir de l'année 2010, les prestataires de soins, et pour certains sujets les partenaires sociaux, intégrèrent ces groupes de travail, afin de discuter avec eux les différentes pistes de réforme. Ces discussions, qui furent menées parallèlement aux négociations relatives au pacte de stabilité, permirent de clarifier les positions et la volonté de réforme de chaque parti.

Lors de la réunion du Comité quadripartite du 24 mars 2010, les rapports des différents groupes de travail furent présentés. Le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale esquissa également les axes prioritaires de la présente réforme. Sur cette base un premier avant-projet de loi fût soumis au Conseil de gouvernement au cours du mois de juillet, qui tout en approuvant les grandes lignes du projet de réforme invitait le ministre de la Santé et de la Sécurité sociale à procéder à une phase de consultation supplémentaire avec les partenaires sociaux et les prestataires de soins, notamment afin de discuter et de préciser les modalités liées au financement de l'assurance maladie-maternité. Suite à ces discussions qui se sont étalées jusqu'à la mi-septembre 2010, une version révisée du projet de réforme a été finalisée.

A noter que les prestations en espèces ne feront pas partie de la réforme. En dehors du souci de ne pas surcharger un projet de réforme d'une envergure considérable, il s'agit d'attendre les résultats des travaux du Groupe de haut niveau « absentéisme » (instauré dans le cadre de l'introduction du statut unique) et de prendre en compte les conséquences de la loi du 12 mai 2010 portant réforme de l'assurance accident ou encore l'évolution du projet réforme de l'incapacité de travail.

I.4. L'évolution internationale

I.4.1. La comparaison des systèmes de santé

L'OCDE a publié récemment une comparaison du fonctionnement organisationnel et institutionnel des systèmes de santé de ses pays membres¹.

En matière de financement, la plupart des pays peut faire valoir un haut niveau de couverture des soins de santé. L'accès de l'ensemble de la population est garanti dans une large mesure, surtout par une réglementation et un financement public, assurant une égalité de traitement à une population défavorisée ou à risque. Un certain nombre de pays ont instauré des systèmes d'assurance complémentaire ou supplémentaire, qui contribuent dans certains cas de façon substantielle à la prise en charge des soins de santé. La participation de l'Etat dans le financement des soins de santé est dans la plupart des cas très élevée, que ce soit par une prise en charge directe par le biais du budget de l'Etat ou par une dotation aux assurances maladies.

¹ Paris.V., M. Devaux and L. Wei (2010), « Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries », *OECD Health Working Papers No. 50*, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, OECD, www.oecd.org/els/health/workingpapers

En matière d'offre de soins, les systèmes sont très diversifiés. Pour les médecins, le paiement à l'acte est complété dans de nombreux cas par un paiement par capitation. Surtout pour les médecins spécialistes, de nombreux pays appliquent un engagement salarié en milieu hospitalier. Le financement des hôpitaux se base certes encore sur une budgétisation, mais le financement global ou partiel par prestation ou type de prestation devient de plus en plus la règle, complété même par une prise en compte de facteurs liés à la qualité, l'atteinte d'objectifs ou des critères de performance.

Les systèmes de soins de santé se différencient par la possibilité du bénéficiaire de faire ses propres choix et par la mise en concurrence des prestataires. Dans ce domaine, deux facteurs sont essentiels : d'un côté la structure de l'offre (quantité, localisation, ...) et de l'autre côté des restrictions imposées au libre choix du prestataire. Il est intéressant de constater, que des pays dont les systèmes se caractérisent par une large liberté de choix optent à restreindre celle-ci p.ex. par l'introduction du concept de *clinical pathways*, et que des systèmes très dirigistes ouvrent leurs systèmes davantage à la concurrence. Une tendance générale est le renforcement des soins de premiers recours, soit de façon obligatoire (*gate-keeping*) soit par biais de mesures d'attrait. Afin que le patient puisse assurer des choix éclairés dans le système de santé, il est important qu'il puisse disposer d'informations adéquates et standardisées, notamment en relation à la qualité de l'offre et à la structure des prix.

Un élément important est la régulation de l'offre de soins, vu qu'elle constitue, encore plus que la demande (plus ou moins effective), le facteur essentiel de l'évolution financière des systèmes de santé. De nombreux pays optent pour une régulation du nombre de praticiens, notamment quant à leur nombre global ou leur répartition régionale. A noter que le Luxembourg se trouve juste en-dessous de la moyenne du nombre de médecins par habitants des pays de l'OCDE. L'implémentation d'hôpitaux et la diffusion d'équipement médical coûteux sont normalement fortement réglées dans tous les pays. Les hôpitaux bénéficient néanmoins généralement d'une large autonomie de gestion.

En matière de fixation de tarifs, et bien que les systèmes soient très variés et diffèrent fortement dans ce système, une régulation ou une réglementation stricte des tarifs et des mécanismes de fixation sont la règle, aussi dans les pays prévoyant un système de paiement à l'acte. La liberté partielle ou totale de fixation des tarifs est l'exception, respectivement se trouve très cadrée. En ce qui concerne les médicaments, une large majorité de pays régule les prix des traitements couverts par des mécanismes variés, tels que la comparaison internationale ou le référencement thérapeutique.

De nombreux pays ont introduit des mécanismes de régulation et de supervision de l'offre, notamment par l'introduction de quotas, par des standards de documentation et des systèmes des gestions de la qualité. Certains pays informent les prestataires et plus particulièrement les praticiens sur leur volume et leur structure d'activité, voire sur leur profil de prescription.

Bien que bon nombre de pays, dont le Luxembourg, fassent toujours état d'un système de soins seulement légèrement coordonné, la tendance générale s'oriente vers l'introduction de *disease management programs* (DMP), l'échange électronique de partage d'information en relation avec les diagnostics et les traitements, une organisation structurée et un partage de missions entre hôpitaux (généralistes et spécialisés) et aussi avec les établissements de réhabilitation ou de long séjour.

Globalement, la gouvernance du système de soins de santé et l'allocation des ressources sont renforcées, que ce soit au niveau étatique qu'au niveau des caisses de maladie assurant la couverture primaire. Ce renforcement de la gouvernance concerne aussi bien les infrastructures et l'allocation prioritaire des ressources que les modes de rémunération des hôpitaux et des médecins. Bien que certains pays optent pour de stricts budgets de santé, de nombreux pays ont fixé des objectifs budgétaires, notamment répartis suivant les différents secteurs. Le dépassement des objectifs budgétaires fixés étant souvent la règle, les conséquences en sont néanmoins très variées, aussi bien pour les assurés que pour les prestataires.

L'étude sous rubrique s'est encore dédiée à des sujets spécifiques :

- l'utilisation du *health technology assesment* est une priorité générale ; bien que la mise en pratique, les moyens y affectés et l'utilisation de ces technologies varient fortement, les pays de l'OCDE se sont dotés à de rares exceptions (dont le Luxembourg) de structures ou de capacités spécifiques dans ce domaine ;
- la détermination de listes positives pour la prise en charge des traitements médicamenteux ;
- la détermination d'objectifs de santé publique ; la plupart des pays (hormis le Luxembourg) choisissent et définissent de tels objectifs dont le suivi est normalement assuré par l'Etat et/ou le Parlement ;
- les droits des patients et leur implication dans le système de soins, avec une tendance générale au renforcement de ces droits.

I.4.2. Les systèmes de santé face à la crise

L'OCDE se consacre actuellement à des études en relation avec les priorités des systèmes de santé dans un contexte de rigueur budgétaire (thématique du prochain *Health review* et de la conférence ministérielle prévue pour début octobre 2010). Bien que des documents officiels ne soient pas encore disponibles, différentes conclusions peuvent déjà être anticipées.

Les systèmes de soins de santé ont prouvé dans le passé leur importance dans le développement du bien-être, dans l'établissement d'un accès équitable aux soins, dans la lutte contre la mortalité et certaines maladies, ainsi que dans le développement économique et dans la lutte contre la pauvreté et la misère. Néanmoins, la pression sur les systèmes est croissante. Les systèmes des soins engendrent des dépenses élevées, souvent supérieures au développement du PIB. Ceci est seulement justifiable si ces coûts se basent sur des choix judicieux aussi bien à un niveau individuel qu'à un niveau collectif et si les prestations du système valent les budgets engagés. Les systèmes de soins doivent donc prouver leur efficacité et il y a de nombreuses indications que leurs performances peuvent encore être améliorées. Ceci est d'autant plus important en temps de crise, où les pressions sur tous les budgets montent et où toutes les dépenses sont passées au peigne fin par rapport à leur utilité et à leur nécessité. Le défi majeur pour les systèmes de santé est donc d'assurer à prix défendable et à long terme un accroissement de la qualité et de l'efficacité.

Afin de rééquilibrer les budgets de santé en temps de crise, des politiques à court ou à long terme peuvent être mises en place. Des mesures budgétaires ou régulatrices, incluant le contrôle de l'offre et des prix, la limitation ou le plafonnement de certaines dépenses ou le

transfert de charges sur les patients, ont un effet immédiat sur la réduction des coûts. Néanmoins, ces mesures ne ciblent que le court terme et perdent souvent leur apport après une période limitée. Elles impactent d'autres objectifs des systèmes de santé, telles que l'accessibilité, l'équité et la qualité, et peuvent même mener à long terme à des effets négatifs et contreproductifs. Pour ces raisons, elles ne peuvent se justifier que si elles sont utilisées avec doigté, notamment pour assurer certains rééquilibrages et pour créer une marge de manœuvre pour des mesures à long terme.

Il existe une panoplie de nouvelles approches prometteuses visant une utilisation plus efficiente des ressources à long terme. Les systèmes de soins doivent incorporer des attraits pour toutes les parties prenantes permettant d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins. Ainsi le patient, mieux informé et responsabilisé en tant qu'acteur, doit pouvoir faire des choix dans des systèmes de soins coordonnés et axés sur la prévention. Du côté de l'offre, les chantiers sont multiples, notamment la définition transparente des rôles et la coordination des différents secteurs. Une autre tendance va vers une spécialisation accrue comportant une importance spécifique donnée à la qualité et la sécurité de la prise en charge. D'autres mesures sont les politiques d'achat, les systèmes de rémunération liés à des incitations ciblées, la traçabilité et la transparence, l'utilisation des technologies numériques, la tarification des médicaments suivant leur valeur ajoutée, etc. Néanmoins, ces mesures sont souvent difficiles à réaliser parce qu'elles nécessitent des changements de mentalités, des rééquilibrages et des réaffectations de ressources, des changements de priorités et la redéfinition de rôles, la mise en questions d'acquis et de chasses gardées etc.

Afin que de tels processus de réforme puissent aboutir, différents prérequis sont indispensables, tels des analyses poussées et fondées, des concertations larges et ouvertes, la prise de décision politique courageuse, et surtout la conciliation de mesures à court et à long terme, i.e. des mesures de réduction de coûts équilibrées et ciblées et des réformes structurelles nécessitant parfois un investissement à court terme mais portant leur fruits à moyen terme.

1.5. Les défis du futur

Les systèmes de soins de santé rencontrent et rencontreront encore davantage dans le futur des défis majeurs, engendrant le risque de nouveaux déséquilibres dans leur financement. Sans vouloir entrer dans le détail, il y a néanmoins lieu de retenir d'un côté les changements démographiques et l'allongement des durées de vie et de l'autre côté le développement des maladies chroniques, notamment liées aux styles de vie, tels que les maladies cérébro-cardio-vasculaires, les cancers, les maladies respiratoires, l'obésité et le diabète. Ces deux tendances principales nécessitent une politique à long terme, impliquant des changements des modes de vie notamment par des mesures d'information et de prévention. Comme dans la lutte contre le tabac au cours des dernières décennies, les efforts doivent être joints dans l'action contre les maladies modernes en misant sur des concepts offensifs dans le domaine de la promotion de la santé sur une prévention efficace et une détection précoce ainsi que sur une prise en charge de qualité englobant les éléments curatifs et réhabilitatifs.

II. L'organisation du système de soins de santé

II.1. La prise en charge extrahospitalière

II.1.1. Les soins primaires

Le concept de « soins primaires » (*primary care*) est porteur d'une ambition de justice sociale visant à garantir l'accès de tous à des soins de base. Cette dénomination est également utilisée pour désigner l'organisation des systèmes de soins extrahospitaliers. Les soins primaires renvoient le plus souvent aux notions de premier recours, d'accessibilité, de prise en charge holistique, de continuité et de permanence des soins en lien avec les autres secteurs. Les médecins généralistes, ainsi que les pédiatres ou les gériatres, en sont en général des acteurs essentiels bien que d'autres professionnels, notamment les infirmiers, puissent également y être impliqués.

Dans la plupart des pays européens, les réformes des systèmes de soins de santé ont porté sur un renforcement des soins primaires. Ainsi en France, la réforme du médecin traitant et du parcours de soins introduite en 2004, la reconnaissance de la médecine générale comme spécialité médicale, ainsi que la définition des soins de premiers recours par le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires » peuvent être interprétées comme témoins d'un processus de réorganisation du secteur ambulatoire selon les principes des soins primaires. Pour le Luxembourg, il est également proposé de rendre cette filière plus attrayante pour le patient par rapport à l'accès direct aux médecins spécialistes et aux polycliniques des hôpitaux, qui devrait s'adresser prioritairement aux seuls patients dont l'urgence et le type de soins nécessitent un recours au plateau technique (forcément intense) de l'hôpital.

Il est également proposé d'analyser et de préciser le fonctionnement des services extrahospitaliers. En fait, se pose la question de la collaboration des services hospitaliers avec l'extrahospitalier, avec d'un côté les divers professionnels de santé libéraux et de l'autre côté les réseaux d'aide et de soins en tant que relais majeur de ce secteur. Il s'agit de promouvoir davantage la collaboration étroite des hôpitaux avec les réseaux généralistes, le développement d'une liaison et d'un transfert coordonnés (*Brückenpflege*), les missions d'assistance, de conseil et de soutien de l'hôpital envers les prestataires extrahospitaliers, ainsi que l'harmonisation et l'unicité des tarifs, etc. En outre, le secteur extrahospitalier assure grâce à toutes ses facettes le lien entre les soins aigus du secteur hospitalier et les soins de longue durée de l'assurance dépendance. Il est proposé de créer à terme une conception extrahospitalière globale et structurée, par exemple incorporée dans une loi sur l'organisation des soins de santé ou le Code de la santé (englobant aussi la loi sur les établissements hospitaliers).

II.1.2. Le médecin référent

A travers l'introduction du choix volontaire du médecin référent, le patient pourra lui autoriser l'accès à l'ensemble de son dossier, se faire accompagner pendant la globalité de sa prise en charge et lui confier la supervision de son parcours dans le système de soins de santé, permettant ainsi d'éviter les doubles emplois, la surconsommation ou les contre-indications. Le médecin référent, qui devra notamment faire valoir son expérience et sa formation continue, se verra rémunérer le suivi régulier du dossier de soins partagé. Pour le patient, le modèle du médecin référent pourra également être rendu attrayant par une modulation de la participation de l'assuré par rapport au passage direct en polyclinique ou chez le médecin spécialiste. Ce modèle doit naturellement définir les responsabilités et les

devoirs liés au statut du médecin référent afin de garantir la qualité de la prise en charge et l'accès aux soins spécialisés en cas de besoins ou d'office pour certaines spécialisations (comme p.ex. l'ophtalmologue ou le gynécologue). Les mécanismes correspondants peuvent être ancrés dans la nomenclature médicale.

Le choix de renoncer à un « *gatekeeper* » et de baser l'introduction du médecin référent sur le volontariat et le partenariat avec le corps médical est motivée par une approche pragmatique de ne pas pratiquer une politique du fait accompli et par la conviction que cette conception peut faire son chemin en trouvant une adhésion aussi bien chez les médecins que chez les patients. Il appartient au dialogue entre la Caisse nationale de santé et le corps médical de promouvoir cette conception et d'en définir les latitudes dans le cadre conventionnel prévu par la loi. Il est néanmoins clair que dans une prochaine étape la position du médecin référent pourrait être renforcée dans le cadre réglementaire ou statutaire du système de soins. Ainsi, la prescription de certains médicaments sensibles ou le transfert vers certains traitements spécialisés pourraient être réservés au médecin référent, et ceci aussi bien pour des raisons de qualité, de gestion de risques de traitements inadaptés ou de lutte contre des abus et la surconsommation de prestations des soins et/ou de médicaments.

II.1.3. Maisons médicales et policliniques

D'autres outils de promotion des soins primaires/soins de 1^{er} recours et de la profession généraliste peuvent aussi être le soutien d'associations de médecins, éventuellement appuyés par d'autres professionnels de santé. Ainsi, il est envisagé d'allouer à terme des aides à l'investissement à des projets pilotes innovant en matière de médecine de proximité et situés dans des zones à faible densité médicale.

Les « maisons médicales » créées en 2009 par le ministère de la Santé en coopération avec les médecins généralistes et les policliniques des établissements hospitaliers font également partie des soins de 1^{er} recours. Le rôle et l'impact des maisons médicales instaurées à proximité des hôpitaux sont en train d'être évalués dans le cadre du fonctionnement actuel (fréquentation, pathologies, suivi des patients). Il existe une forte interaction entre les soins primaires extrahospitaliers et hospitaliers. Les policliniques sont devenues les vecteurs de développement et de recrutement primordiaux des hôpitaux. Force est de constater que ces services nécessitent cadrage et pilotage impliquant une meilleure réglementation et une standardisation de cette activité hospitalière.

II.1.4. Les soins de longue durée

Les soins de longue durée resteront un défi pour les systèmes de prise en charge des soins de santé dans les années, voire les décennies, à venir. La situation au Luxembourg se caractérise par l'existence d'une assurance dépendance couvrant la prise en charge des actes essentiels de la vie et certaines prestations spécialisées. L'assurance maladie-maternité intervient dans son chef par la prise en charge de soins aigus, de prévention ou de rééducation. Actuellement, il faut constater que ces offres ne sont pas assez coordonnées, aussi bien en ce qui concerne les modalités de prise en charge ou la coordination des services entre milieux ambulatoire, semi-stationnaire, stationnaire et hospitalier que la couverture du pays en infrastructures spécialisées et normales.

Le présent projet de loi met de façon générale un accent particulier sur les mécanismes de planification et de pilotage des filières de prise en charge. Ainsi, il est envisagé de préciser

les missions des services hospitaliers de rééducation gériatrique, qui doivent intervenir de façon complémentaire et coordonnée aux offres des prestataires d'aide et de soins actifs dans le cadre de l'assurance dépendance. Le milieu hospitalier ne doit en aucun cas redevenir un lieu de simple hébergement pour des personnes dépendantes, et ceci aussi bien pour des raisons de conception d'accueil des personnes âgées que pour des raisons financières.

A l'instar de la présente réforme, il appartiendra à une prochaine révision de l'assurance dépendance de transposer les idées de filières de soins intégrées et de centres de compétences aussi au secteur du long séjour. L'objectif devra être de mieux cibler les actions des différents prestataires, de coordonner davantage les offres correspondantes et d'assurer un pilotage global de tout le secteur, aussi bien à vocation généraliste que spécialisée.

II.1.5. Les mesures de prévention

Différents rapports internationaux ont critiqué dans le passé un développement insuffisant des mesures de prévention au Luxembourg. Néanmoins, et comme l'a notamment démontré la Journée de la Santé en 2009, les mesures de prévention sont diversifiées et innovatrices. La faiblesse évoquée résulte dès lors plutôt de difficultés de coordination voire de comptabilisation des mesures de prévention initiés par le ministère de la Santé, la Caisse nationale de santé et aussi d'autres ministères et acteurs. Telle qu'exposée dans le programme gouvernemental, la réalisation de programmes de prévention restera une priorité dans les années à venir, à compléter idéalement par une documentation adéquate des résultats et de l'efficacité de ces politiques.

Dans le cadre de la présente réforme et en dehors des dispositions en relation aux soins primaires et au médecin référent, la prévention est renforcée par des mesures directes et indirectes. Les attributions d'acteur actif dans le développement de programmes de prévention de la Caisse nationale de santé sont renforcées.

II.2. Les établissements hospitaliers

II.2.1. La planification hospitalière

Notre système de soins de santé se caractérise par une forte orientation sur la prise en charge hospitalière. Ainsi environ 50% des moyens pour financer les soins de santé de l'assurance maladie-maternité sont affectés au financement des hôpitaux. Ce chiffre n'inclut pas :

- les honoraires des médecins hospitaliers
- 80% du financement des infrastructures hospitalières incombant via le Fonds des infrastructures hospitalières à l'Etat, (20% de l'amortissement de ces infrastructures et leur fonctionnement sont à charge de l'assurance maladie-maternité.)

Ces pourcentages vont de pair avec un sous-développement de l'offre ambulatoire et extrahospitalière.

Sur base du programme gouvernemental, il est prévu de maintenir la politique d'investissement actuelle dans les infrastructures hospitalière. Naturellement, les recherches d'efficacité et une concentration sur l'utile et le nécessaire doivent aussi s'appliquer dans ce

domaine. Les règles d'appréciation des différents projets seront revues à la lumière de la politique sanitaire définie. Les projets d'établissements spécifiques doivent s'intégrer dans la planification définie au niveau national. Celle-ci doit se libérer des indicateurs principaux actuels qui s'agencent purement autour du nombre de lits et de services et qui stimulent ainsi une vaine concurrence entre les cinq établissements hospitaliers à vocation généraliste.

Au cours des quinze dernières années, les efforts se sont concentrés sur la fusion d'établissements hospitaliers et la réalisation d'un programme de rénovation et de construction ambitieux, ayant en fin de compte mené à une croissance soutenue de l'activité médicale hospitalière et des coûts y afférents. Face à des besoins en évolution et au progrès médical constant, la planification des infrastructures hospitalières doit être menée en continu, en s'appuyant sur des analyses et des études quinquennales approfondies. Dans le même ordre d'idées esquissé ci-avant, il s'agira de définir en amont le cahier de charges du développement futur du secteur hospitalier et des frais d'exploitation y liés. Une conception affirmée de filières de soins intégrées devra constituer la base de toute planification sanitaire à moyen et à long terme, et plus spécifiquement de la planification des infrastructures hospitalières et des plateaux techniques. Le processus d'autorisation et de financement des projets infrastructurels hospitaliers doit être revu, afin d'introduire la notion d'une planification prospective et d'incorporer impérativement des études d'impact sur le fonctionnement global du système de santé.

La planification hospitalière doit aussi davantage intégrer la coopération transfrontalière avec nos pays avoisinants, augmentant ainsi le poids de l'idée de la Grande région. A titre d'exemple, des projets ambitieux sont poursuivis dans la Lorraine, aussi bien en ce qui concerne le nouveau centre hospitalier prévu entre Metz et Thionville qu'en relation avec la localisation de centre de recherche universitaires dans la région. La Sarre et la Rhénanie-Palatinat offrent également un potentiel de synergie considérable. Il est clair que le Luxembourg ne doit et ne peut pas viser à terme une politique de la santé isolationniste, mais doit avec des infrastructures compétentes et une offre de soins de qualité s'investir dans une collaboration ouverte avec les autres pôles hospitaliers de la région.

Le projet de loi ne prévoit pas de changement en matière des infrastructures hospitalières. A noter que le centre d'accueil pour personnes en fin de vie, qui a été développé sur initiative de l'a.s.b.l. Omega 90 et par le soutien du ministère de la Famille, va être intégré sur base d'une demande de cette association dans le plan hospitalier et être financé par la voie du budget hospitalier.

II.2.2. L'organisation commune de certaines activités hospitalières

Au cours des dernières années, les initiatives n'ont pas manqué pour inciter les établissements hospitaliers à trouver une démarche commune aussi bien dans des domaines de l'activité médicale que de l'intendance administrative et logistique. Ces initiatives ont certes mené, en dehors des différentes fusions régionales, à des projets communs ou des collaborations ponctuelles, mais n'ont pas abouti à une approche voire une gouvernance commune, telles qu'elles semblent logiques pour un petit pays présentant un secteur hospitalier très bien doté mais qui se résume toutefois à cinq établissements généraux de taille moyenne à un niveau européen ne se différenciant pas fondamentalement dans leur offre ou leurs spécialisations. Les établissements hospitaliers se considèrent encore trop souvent comme des entreprises complètement autonomes se développant dans un cadre concurrentiel les unes par rapport aux autres. Considérant que quasi l'intégralité du financement des infrastructures et des frais de fonctionnement est assurée soit directement

par l'Etat soit par les cotisations sociales, une organisation commune du secteur hospitalier impliquant spécialisation, partage des tâches, collaboration et coordination s'impose.

Afin de dégager un gain d'efficacité notable, la réforme vise à institutionnaliser un cadre de fonctionnement commun prioritairement dans le domaine du support rendant la collaboration, la concertation et la coordination inévitables voire obligatoires. Sur une liste non limitative de domaines et d'activités comportant un grand potentiel d'économies accompagnée dans la plupart des cas d'une amélioration de la qualité, figurent les laboratoires hospitaliers, les pharmacies hospitalières, la stérilisation, l'informatique, les achats communs, certains postes de l'*overhead* administratif et logistique au niveau des établissements et de l'Entente des hôpitaux luxembourgeois, etc.

Il n'appartiendra pas à la réforme d'entériner les démarches communes dans les domaines d'activités cités. Néanmoins, les textes législatifs doivent prévoir les mécanismes de décision et de transferts de financement correspondants. Une fédération des établissements hospitaliers, prenant par exemple la forme juridique d'un ou de plusieurs Groupements d'intérêt économique (GIE) sera l'organe de gestion et l'interlocuteur unique pour les domaines de cogestion retenus. Aussi bien le Code de la sécurité sociale que la loi sur les établissements hospitaliers seront amendés dans le sens de permettre voire d'imposer de telles formes d'organisation fédérées ou mutualisées.

II.2.3. Les centres de compétences

Une logique de coordination nationale doit aussi être appliquée sous certaines conditions au domaine médical. La structure actuelle du secteur hospitalier avec ses offres régionales et ses spécificités peut à la limite être reconnue comme un fait historique, de sorte qu'une fusion pure et simple ne semble ni réalisable ni indiquée. Toutefois, toute multiplication de services doit être évitée et ne devra être autorisée que sur base de critères rigoureux.

Le développement de pôles de compétence réunissant à l'instar de l'INCCI (Institut national de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle), du Centre de radiothérapie François Baclesse ou du Centre de réadaptation fonctionnelle Rehazenter une concentration des ressources et une masse critique des cas à traiter doit être réalisable sous une forme similaire ou selon d'autres variantes dans d'autres domaines tels que les accidents cérébro-vasculaires (AVC), la neurochirurgie ou certaines spécialisations de la cancérologie. Ceci implique aussi que toutes les interventions ne pourront plus être réalisées partout, que chaque hôpital ou chaque médecin hospitalier ne peuvent plus réaliser à leur guise les interventions. Cette orientation prioritaire des interventions nécessite aussi bien une adaptation de la loi hospitalière que du plan hospitalier y afférent, de l'attribution et de l'autorisation plus sélective de services hospitaliers, de la nomenclature médicale, du financement des infrastructures et du fonctionnement hospitalier et encore de la mobilité des médecins hospitaliers.

Dans le même souci de l'amélioration de la qualité et de l'efficacité de notre système de soins de santé, la conception de filières de soins intégrées et planifiées sera ancrée dans la loi. Ces filières de soins intégrées impliquent un enchaînement standardisé et planifié des services et des prestations médicales, englobant les soins primaires, le milieu extrahospitalier et un ou plusieurs services médicaux et centres de compétences.

II.2.4. La chirurgie ambulatoire

En comparaison internationale, il ressort que la chirurgie ambulatoire est sous-développée au Luxembourg et que beaucoup d'interventions chirurgicales entraînent des périodes d'hospitalisation trop longues et inutiles, voire contre-indiquées. Le développement de la chirurgie ambulatoire doit faire l'objet d'une approche globale et doit être lié à certaines conditions telles que la réalisation de l'intervention chirurgicale en établissement hospitalier, l'adaptation de la nomenclature, la standardisation des processus de prise en charge et l'adaptation de l'infrastructure hospitalière. Et *last but not least*, un tel changement ne peut pas s'ajouter tel quel au système de prise en charge stationnaire, mais doit bien mener à une reconversion de ressources et de moyens existants, rendant l'opération financièrement pour le moins neutre.

II.2.5. Les normes hospitalières

La loi hospitalière prévoit dans son article 10 la possibilité de la fixation de normes pour le secteur hospitalier. Les normes relatives aux infrastructures ont été fixées dans les lois en vue de la construction ou de la rénovation des différents établissements hospitaliers et celles relatives aux dotations en personnel sont fixées en relation à l'activité à travers les enquêtes PRN (*Projet de recherche en nursing*) dans les différents hôpitaux. Ainsi, et à de rares exceptions près, ledit article est resté lettre morte.

La réforme vise à élargir le périmètre d'action de cet article. Considérant que le Luxembourg peut faire état d'une bonne qualité structurelle de son milieu hospitalier (infrastructures, dotations, qualifications, ...), il y a lieu de se concentrer suivant les concepts basiques de développement de la qualité, sur l'amélioration de la qualité procédurale (standards de la prise en charge, processus planifiés et coordonnés, gestion des risques, ...) et idéalement dans une prochaine étape sur la qualité des résultats. L'accent sera mis sur les normes procédurales à travers le ralliement à des références internationales et plus particulièrement à travers l'adoption des standards de documentation internationalement reconnus.

II.2.6. Les organismes gestionnaires

La gestion des différents établissements hospitaliers est assurée par les organismes gestionnaires. Force est de constater que les régimes d'organisation et de fonctionnement de ces organismes se sont harmonisés suite aux différentes restructurations et fusions. Nonobstant les différentes formes de personnes morales utilisées (établissement unique, fondation, ...) la responsabilité est classiquement répartie entre un Conseil d'administration et une direction. Bien que certaines interrogations ont émergé suite à des cas juridiques récents, le projet de loi ne prévoit pas de révision de l'organisation interne des établissements hospitaliers par rapport à ce qui est déjà prévu actuellement dans la loi hospitalière. Il est clair que la gestion d'établissements hospitaliers engendre une grande responsabilité dont chaque acteur doit être pleinement conscient. Il appartient au Conseil d'administration de définir l'orientation essentielle de son établissement et d'assurer une surveillance et une maîtrise des activités qui s'y réalisent. Pour y répondre, le Conseil d'administration doit vérifier que des mesures suffisantes sont mises en place dans les différents domaines concernés : activités médicales, ressources humaines, finances, infrastructures, réglementation interne, conformité aux dispositions légales et réglementaires, contrôle interne et gestion des risques, etc. Dans le cadre de gouvernance, la direction met en œuvre les lignes directrices et les missions définies par l'organisme

gestionnaire. Elle gère les activités journalières en recourant à des techniques de gestion adaptées.

II.3.L'activité médicale

II.3.1. Le statut du médecin

Le pays a besoin d'un corps médical bien formé, motivé et dont les honoraires correspondent au niveau d'études et au risque de l'exercice libéral de la profession. Alors que la grande majorité des médecins exercent leur art correctement et avec dévouement, il ne faut pas fermer les yeux face à certaines déviances malsaines. L'objectif primaire de la réforme n'est pas de mettre globalement en question les revenus du corps médical, bien que des rééquilibrages et des redressements entre et au sein de certaines spécialités soient inévitables. Il faut se rendre à l'évidence que l'action médicale se développe dans un cadre fonctionnel complexe, hautement technisé et durablement confronté à des contraintes économiques. La recherche d'efficacité, le développement de la qualité et une mobilité transfrontalière croissante (aussi bien des patients que des prestataires) engendrent l'obligation de rechercher des synergies et d'exiger une mise en réseau ainsi qu'un pilotage et une coordination de l'offre de soins à un niveau global. Exercice libéral de la médecine et liberté thérapeutique ne doivent pas être compris à l'absolu mais être considérés dans un concept intégré et coordonné.

En découle aussi une adaptation du statut du médecin, précisant les différentes formes d'engagement (libéral, salariat, capitation, vacation...) et renforçant notamment la filière généraliste en tant que spécialité à part entière dans notre système de soins. De même, les modalités de facturation des actes et services médicaux doivent être rendues plus transparentes et complétées, notamment par l'adaptation de la nomenclature et la révision de certaines zones grises, par la documentation du prestataire individuel et du lieu de prestation.

Tout comme pour les autres prestataires de soins, la convention négociée et signée entre les médecins et la Caisse nationale de santé reste la base du fonctionnement contractuel entre partenaires égaux. Les dispositions devant obligatoirement être repris dans cette convention ont été adaptées aux visées du projet de réforme et la procédure de médiation a été révisée, tout en renonçant à un recours à la voie réglementaire.

En matière de couverture d'erreurs médicales et de risques de dommages pour le patient, l'Association des médecins et médecins-dentistes plaide pour l'introduction d'un système d'indemnisation du patient sans preuve de faute (système *No fault*) sur base du modèle belge (qui n'a néanmoins pas y été mis en vigueur et qui vient d'être remis en question chez nos voisins). Elle se réfère aux difficultés des victimes de rapporter la preuve tant de la faute que du lien causal entre le dommage et la faute, à des procédures longues et onéreuses, à l'absence d'enregistrement systématique de l'échec médical, au risque d'un comportement médical défensif et à des primes d'assurances prohibitives. Au Luxembourg, un tel système pourrait être mis en place à condition qu'une documentation exhaustive de l'activité médicale soit instituée et accompagnée d'une régulation stricte de cette activité, comme c'est le cas dans les pays où le système *No fault* a été considéré. Dans notre système de santé actuel, il est plutôt indiqué de se diriger dans une première étape vers la voie de la

médiation médicale, qui est actuellement analysée par le ministère de la Santé dans le cadre du projet de loi de la protection des droits du patient.

II.3.2. L'agrément en milieu hospitalier

Il existe certainement un besoin de régulation en matière d'accès à l'exercice médical, afin d'assurer aussi bien une couverture adéquate et équilibrée des besoins de la population (démographie, soins primaires, spécialités, ...) qu'un pilotage de l'offre. Dans le contexte européen, la liberté d'établissement et le droit d'exercer sont assurés. A un niveau subsidiaire, le conventionnement obligatoire auprès de la Caisse nationale de santé ouvrant l'accès à la prise en charge par l'assurance maladie-maternité ne doit pas être un automatisme ou une simple formalité, mais être encadré d'une démarche structurée. Certains critères, comme notamment la continuité des soins, l'obligation de participer aux gardes ou la documentation de la formation continue, pourront être progressivement introduits afin de déterminer le ou les champs d'activité médicale bénéficiant du conventionnement.

Pour les médecins hospitaliers, l'agrément par un établissement hospitalier devra suivre la planification globale à instaurer pour ce secteur, incluant l'introduction de centres de compétences et l'attribution plus sélective de services. Ainsi, le nombre de médecins agréés par spécialité et par hôpital sera prédéfini dans le cadre du plan hospitalier. Ce cadrage de l'évolution du nombre de médecins hospitaliers agréés ne doit pas être considérée comme un abaissement de l'offre, mais plutôt comme un élément stabilisateur du système destiné à cadrer un développement excessif et trop souvent concurrentiel de l'offre médicale des différents établissements hospitaliers. En fait, le développement de notre système de soins de santé vers des centres de compétences et des filières de soins intégrées nécessite une coordination minimale de l'offre en services et spécialités médicales.

En outre, le contrat d'agrément entre le médecin hospitalier et l'hôpital devra davantage régler les droits mais aussi les devoirs des deux parties. Ainsi, le statut du médecin hospitalier est précisé dans la loi, notamment en ce qui concerne son indépendance en matière médicale, mais aussi le respect de certains standards ou règles internes, qui doivent régir le fonctionnement d'institutions gérant plusieurs centaines de lits, accueillant un corps médical correspondant et employant plusieurs centaines de professionnels de la santé.

II.3.3. Le médecin coordinateur

Dans le même ordre d'idées, l'introduction d'un médecin coordinateur, sujet de réflexion commun de l'Association des médecins et médecins-dentistes et de l'Entente des hôpitaux luxembourgeois, ne pourra pas se limiter à la mise à disposition d'un interlocuteur informel, mais devra aboutir dans une certaine mesure à un lien de coordination et de guidance formalisé. Ainsi, les médecins coordinateurs devraient être désignés par l'organisme gestionnaire et référer au directeur médical de l'établissement hospitalier.

II.3.4. Le conseil médical

Le conseil médical joue le rôle essentiel d'organe fédérateur des médecins agréés par l'établissement hospitalier. Considérant que la gouvernance des établissements hospitaliers

est revue dans des points essentiels (médecin coordinateur, agrément, filières de soins intégrées, ...) à un niveau individuel mais aussi pour tout le secteur, il est important de faire évoluer les missions du Conseil médical dans la pratique et de l'associer à la prise de décision et de responsabilité interne. Ainsi, le Conseil médical devrait être impliqué davantage dans le développement de la qualité ou dans l'amélioration de la collaboration en interne et en externe. Il devrait en outre être un partenaire constructif pour la détection des faiblesses internes (p.ex. organisation interne) ou externes (p.ex. comparaison et collaboration avec des tiers) de son établissement hospitalier.

II.3.5. Les bonnes pratiques médicales

La notion de « bonnes pratiques médicales » représente une adaptation des « références médicales » déjà inscrites dans la loi. L'idée de base reste inchangée, c'est-à-dire d'assurer par des formes de prise en charge standardisées, une médecine de qualité et une efficacité de coûts. La première difficulté qui se pose est l'élaboration des bonnes pratiques médicales. Jusqu'à présent une seule référence médicale a été retenue par la Caisse nationale de santé, et ceci dans le domaine des prestations en espèces. Tenant compte de la taille du pays et de l'absence d'une compétence universitaire reconnue dans ce domaine, il est clair qu'un ralliement (ou au moins une inspiration conséquente) aux standards élaborés dans d'autres pays s'impose. Dans le futur, la mission d'appuyer cette démarche reviendra au Conseil scientifique dans le domaine de la santé, qui s'est beaucoup investi dans ces missions au cours des dernières années. Néanmoins, il faut constater que son impact sur les prescripteurs est resté très faible. L'approche choisie revient donc aussi à une valorisation de l'idée de base des bonnes pratiques médicales. A cette fin le Conseil scientifique continuera à jouer un rôle important dans l'élaboration et la promotion des bonnes pratiques médicales et sera activement appuyé dans cette démarche par la nouvelle Cellule d'expertise médicale, dont ce sera la deuxième mission prioritaire en dehors de ses attributions en matière de nomenclature.

La difficulté principale consiste néanmoins dans la question du statut à attribuer aux bonnes pratiques médicales, à savoir si ces références sont des recommandations ou des directives à respecter par les prescripteurs respectivement les prestataires. Les médecins insistent sur le caractère de recommandation et invoquent des raisons de responsabilité juridique, de liberté thérapeutique ou encore de didactique envers leurs confrères. En fait, la raison principale de cette opposition est plutôt le risque du lien à l'opposabilité et à la prise en charge par l'assurance maladie-maternité. Le projet de loi prévoit prioritairement de mettre l'accent sur l'élaboration de ces références médicales et sur leur reconnaissance, et de se contenter pour le moment du caractère de recommandation. Il doit néanmoins être clair que les bonnes pratiques médicales doivent être la base pour la détermination de la rémunération des actes de la nomenclature correspondante. En outre, l'alternative de rendre ces bonnes pratiques médicales contraignantes et opposables doit rester ouverte pour le futur.

II.4. La documentation des prestations de soins

II.4.1. Les standards de documentation

Les données en relation avec notre système de soins de santé actuellement disponibles sont en premier lieu celles utilisées dans le cadre des procédures de rémunération des prestataires de soins de santé, soit par le système du tiers payant, soit par le système du remboursement des patients par l'assurance maladie-maternité. En outre, les services du

ministère de la Santé gèrent de nombreux fichiers de données sur l'état de santé des résidents. D'autres sources d'informations intéressantes sont le Contrôle médical de la sécurité sociale, les services de médecine au travail, ainsi que les données liées à l'évaluation de la dépendance. Les données administratives, liées à la facturation des soins de santé, concernent notamment :

- les factures des hôpitaux portant sur les unités d'œuvres dont ont bénéficié les patients lors de leur séjour ou traitement à l'hôpital,
- les mémoires d'honoraires et factures des professionnels de santé (médecins, médecins-dentistes, kinésithérapeutes, infirmiers, ...) et autres prestataires de services,
- la codification par ICD10 à trois positions (*International classification of diseases*).

Afin de rendre ces données mieux exploitables et afin de les utiliser en vue de la pilotabilité globale du système de soins de santé, il est nécessaire d'améliorer leur exactitude, leur fiabilité, leur précision et leur cohérence. De plus, le Contrôle médical de la sécurité sociale doit être en mesure de les apprécier par rapport aux exigences d'une médecine « basée sur les faits » (*evidence based medicine*). Une documentation adéquate des actions permettra également de valider les atouts du système de santé luxembourgeois et de le soumettre plus objectivement aux comparaisons internationales. Il faut donc se donner les moyens de recueillir des données essentielles qui manquent actuellement, revoir et améliorer les processus de codification des données et introduire de façon systémique des processus de validation des données recueillies.

Complémentairement aux modalités de facturation et d'indemnisation des prestations de santé, il s'agit d'affiner certaines règles actuelles :

- revoir et compléter la classification du type (urgence, soins programmés,...) et du mode (ambulatoire, stationnaire,...) de prise en charge
- identifier le prescripteur ou prestataire individuel, et non pas seulement le groupement de prestataires,
- identifier le lieu de l'intervention : policlinique, service hospitalier, cabinet médical...,
- prévoir l'horodatage des éléments de la prise en charge permettant de déterminer les séquences de la prise en charge,
- codifier les diagnostics principaux et secondaires suivant la classification ICD10 sur quatre positions et plus dans des domaines spécifiques (ex. oncologie) et ajouter le motif de prise en charge (symptômes ou codes diagnostiques ICD10),
- codifier les procédures médicales suivant une classification reconnue au niveau international et permettant de réaliser des comparaisons avec d'autres pays.

Actuellement la transmission et la circulation des données sont réglées sur base conventionnelle entre prestataires et Caisse nationale de santé (art. 64 CSS). Au vu de la complexité croissante, de la diversité des intervenants et aussi des obligations en matière de protection des données, il est prévu de fixer par voie légale et réglementaire les responsabilités de chacun (médecins, hôpitaux et autres prestataires) ainsi que les standards

et références communs. En outre, les dispositions correspondantes, tout comme celles en relation au dossier de soins partagé doivent s'appliquer aussi bien au secteur hospitalier qu'extrahospitalier.

II.4.2. Le développement de la qualité

A côté des aspects de structure (infrastructures, équipements, dotation en personnel, formation, ...) et les aspects procéduraux (normes, processus et procédures, organisation interne, ...), toute politique de développement de la qualité doit viser prioritairement les résultats sur base d'indicateurs concrets de performance et de qualité. Une telle approche est seulement réalisable sur base de données complètes et validées.

Aujourd'hui beaucoup de données sont déjà disponibles et offrent un potentiel considérable de résultats révélateurs. A titre d'exemple, les données administratives collectées notamment par la Caisse nationale de santé ne sont pas seulement intéressantes du point de vue financier mais donnent des indications importantes en relation avec la qualité. Des données établies sur base de la méthodologie QSR (*Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten*), utilisée et demandée de plus en plus par les gestionnaires hospitaliers, peuvent donner à tous les acteurs des informations fondées sur la qualité et l'efficacité allemande de la prise en charge médicale hospitalière.

II.4.3. Le dossier de soins partagé

A un niveau global, il s'agira de parvenir à une meilleure coordination entre les différentes institutions gestionnaires d'informations au sujet du patient. Un tel réseau permettra non seulement une meilleure évaluation et une meilleure pilotabilité globale du système de soins de santé, mais surtout une meilleure qualité de la prise en charge par un partage et une meilleure utilisation d'informations disponibles au moyen du dossier de soins partagé. Le dossier de soins partagé devrait en effet regrouper et mettre à disposition des professionnels de santé une documentation utile et pertinente, afin de favoriser la sécurité, la continuité des soins et de permettre d'apporter progressivement une meilleure coordination des soins apportés aux patients.

Après la phase pilote, il est proposé d'activer d'office le dossier de soins partagé pour tout patient que n'a pas signalé son opposition. Il restera toutefois loisible au patient de s'opposer à tout moment au partage de données le concernant, soit complètement (opt-out), soit en partie (masquage). Les données existantes pourront cependant être accédées par les prestataires qui les ont produites.

Le dossier de soins partagé n'est pas un dossier patient unique, vu qu'il semble techniquement et juridiquement indiqué de ne pas opter pour une telle centralisation absolue. Sous réserve d'opposition du patient à son activation, il s'agit plutôt d'une documentation de base partagée, fonctionnant suivant des standards communs reconnus et qui est interopérable avec les dossiers existants au niveau des secteurs hospitalier et extrahospitalier. Le dossier de soins partagé ne se substitue pas à la documentation créée actuellement par les prestataires de soins qui continueront à gérer leur documentation dans leur dossier professionnel ou institutionnel.

Le patient, son médecin référent, les médecins traitants, ainsi que les autres intervenants impliqués dans la prise en charge pourront, selon les autorisations dont ils disposent, accéder à et interagir avec ce dossier. Le patient pourra s'opposer à l'activation du dossier de soins partagé. Il pourra également rendre indisponible au partage l'information publiée dans son dossier de soins partagé. Il devrait toutefois le cas échéant être tenu informé des risques inhérents à la non divulgation d'informations importantes dans le contexte d'une prise en charge médicale.

Quelque soit le statut du dossier de soins partagé, le prestataire gardera toujours un accès à la documentation publiée dont il est l'auteur.

Afin de favoriser son implication et sa responsabilisation pour le maintien de sa santé, la mise en place d'un espace patient est également visée. Le patient pourrait ainsi à terme avoir la possibilité d'ajouter certaines informations, comme par exemple :

- déclaration de don d'organes ;
- certaines auto-observations : ex : tension artérielle, diabète, douleurs....
- information sur l'adhérence à un traitement.

Le dossier de soins partagé a une visée double :

- contribuer en premier lieu à la qualité de la prise en charge en fournissant un accès aux informations importantes en relation avec les traitements dispensés et en mettant à la disposition des intervenants dans les soins du patient (et plus particulièrement du médecin référent) les informations nécessaires pour un traitement rapide et adapté, en évitant la sur-médication et les contre-indications ;
- contribuer à des économies substantielles, notamment en mettant à disposition du corps médical un outil permettant d'éviter des actes inadaptés, inutiles ou redondants (p. ex. en mettant à disposition un accès facile aux résultats d'analyses de biologie médicale et d'imagerie médicale déjà disponibles).

Le dossier de soins partagé pourrait intégrer partie des réflexions menées entre la Caisse nationale de santé et l'Association des médecins et médecins dentistes au sujet de la mise en place du DMG, dont la mise en route pourrait être envisagée sous une conception axée sur ce nouveau support électronique.

La mise en place d'un tel dossier constitue un élément de modernisation important du système de santé et de la sécurité sociale au Luxembourg. Même s'il y a unanimité sur les avantages de son implémentation progressive, il faut être conscient que ceci représente un projet d'envergure s'étalant sur de nombreuses années. Les difficultés sont nombreuses aussi bien d'ordre technique que juridique et métier.

Tous les pays qui ont entamé une démarche comparable ont dû se rendre compte de la complexité de la tâche. Toutefois des projets régionaux intéressants pouvant servir de modèle pour le Luxembourg ont été réalisés en Europe. Les expériences régionales à l'étranger sont globalement positives, montrent cependant aussi que les économies escomptées ne peuvent être réalisées qu'à long terme et après des investissements conséquents.

Le présent projet de loi propose de rassembler dans le Code de la sécurité sociale 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. De l'autre côté, la mission de son élaboration et de son implémentation progressive, et par conséquent la fédération des compétences et des ressources est confiée à l'Agence décrite ci-après.

Les dispositions du futur projet de loi relatif aux droits et obligations du patient préciseront certains aspects, également applicables dans le contexte du dossier de soins partagé.

II.4.4. Le partage des données

Un élément central en vue de la réalisation d'un échange et partage structuré de données relatives à la santé du patient réside dans une approche coordonnée de tous les acteurs en matière de développement et de gestion de l'outil informatique dans le domaine de la santé : définition des contenus à échanger et partager, des modèles de données y afférents et des référentiels d'interopérabilité tant au niveau technique que syntaxique et sémantique.

Des projets sectoriels communs se développent notamment dans le secteur hospitalier. Même si depuis un certain temps des efforts de coordination et de convergence se concrétisent, les faiblesses actuelles dans ce domaine sont néanmoins manifestes :

- des compétences et responsabilités claires n'ont pas été établies en la matière ;
- il n'existe pas de plateforme d'échange et de partage, ni de référentiels d'interopérabilité basés sur des normes internationalement reconnues ;
- différentes initiatives existent, telles que HealthNet et e-Santé, mais n'ont eu ni un mandat clair, ni les moyens nécessaires pour développer de façon durable l'infrastructure et les référentiels d'interopérabilité requis ;
- le financement des systèmes d'information en santé se fait sans référentiel commun et les budgets sont gérés de façon séparée par les établissements hospitaliers, les cabinets, les pharmacies, les laboratoires et autres prestataires : ceci n'est pas favorable à un choix coordonné d'outils de façon à en garantir l'interopérabilité.

A l'instar des pays avoisinants, le développement, la coordination et le pilotage d'une stratégie informatique doivent prendre forme. Il n'est néanmoins pas prévu de créer une administration spécifique pour ce domaine, mais de confier cette responsabilité à un groupement rassemblant les acteurs centraux dans ce domaine, i.e. dont l'Etat, la Caisse nationale de santé, les médecins, les hôpitaux, mais aussi des représentants de patients. Etant donné le groupement d'intérêt économique (G.I.E.) « HealthNet », actuellement en charge de l'infrastructure de transmission de données entre les hôpitaux, il est proposé que la mission d'une telle Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé puisse lui être confiée. Après révision des statuts, de la gouvernance, de son fonctionnement, de la dénomination et des moyens à sa disposition, il devrait notamment reprendre, le développement de la plateforme d'échange des données partagées (notamment sur base du programme e-Santé), définir les standards correspondants et développer un schéma directeur pour les années à venir, qui devrait lier tous les acteurs dans leurs démarches respectives. Le financement de cette Agence reviendrait à la Caisse nationale de santé et à l'Etat. Il est également prévu d'effectuer à terme des transferts de budgets et de réaliser des économies d'échelle par une utilisation coordonnée des ressources disponibles.

Si le partage de données de santé entre un nombre croissant d'acteurs du système de santé comporte des plus-values reconnues, la mise en place de solutions « e-santé » doit s'accompagner de mesures adéquates pour garantir la protection des données personnelles qui dès lors doit être une préoccupation constante de l'Agence. 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).

III. Le financement des soins de santé

III.1. La rémunération des prestations de soins

III.1.1. Le conventionnement obligatoire

Le conventionnement obligatoire est une spécificité du système de soins luxembourgeois, dont l'objectif est d'éviter dans la mesure du possible la commercialisation de l'offre de soins et une médecine à deux vitesses. Ce système a pu assurer un accès égal de la population couverte par l'assurance maladie-maternité à des soins de qualité et ceci sans distinction du revenu. Pour les prestataires de soins, le conventionnement obligatoire offre également des valeurs sûres telles que l'automatisme du conventionnement et l'opposabilité directe et quasi sans limites des prestations fournies et prescrites, ainsi qu'une patientèle stable.

Conformément au programme gouvernemental, il n'est pas prévu de mettre en question le conventionnement obligatoire des médecins. D'aucuns plaident de façon plus ou moins ouverte pour un déconventionnement au moins partiel, en argumentant que ceci répondrait à une attente des assurés et pourrait amener des moyens financiers supplémentaires dans le système de soins. Pour les patients, et sans répéter les arguments déjà avancés, une telle démarche reviendrait à terme à une offre de soins « de base » supportée de façon solidaire par les partenaires sociaux et une offre « privée » s'adressant de façon prioritaire à ceux qui peuvent se la permettre. Certes, la libéralisation de l'offre de soins ferait l'affaire de certains acteurs, mais de nombreux prestataires regretteraient rapidement les avantages et garanties du système actuel. Plus spécialement les établissements hospitaliers luxembourgeois, logés tous à la même enseigne financière à un niveau frayant toute concurrence au niveau européen, se verraient vite redifférenciés entre public et privé.

III.1.2. La nomenclature médicale

Un élément central devant suivre la réforme consiste dans l'introduction d'une nouvelle nomenclature médicale. La nomenclature actuelle affiche de nombreuses faiblesses, notamment de structuration, de cohérence et de complétude. En fait, depuis la réforme décidée en 1992, la nomenclature luxembourgeoise a été complétée progressivement, mais sans lien manifeste et rationnel avec une base scientifique reconnue. En outre, la Commission de nomenclature n'avait ni les moyens ni les outils adaptés afin d'assurer ses missions de plus en plus complexes. Il est recommandé d'adopter une nomenclature de référence d'un pays étranger, où les moyens d'adaptation et d'analyse de la nomenclature sont affirmés et scientifiquement accompagnés. La proposition est d'adopter progressivement la Classification commune des actes médicaux (CCAM), élaborée en France, qui présente également l'avantage de fournir une classification des procédures indispensable à des fins de documentation des actes fournis. La nomenclature doit plus spécifiquement permettre une prise en compte de la durée de l'acte, de l'effort et de la technicité y relative ainsi que de la qualification et des circonstances de prestation.

La réforme rompra également avec le principe suivant lequel tout médecin peut poser tous les actes dans n'importe quel service hospitalier. Ce principe n'est plus tenable ni du point d'une bonne pratique médicale, ni d'une spécialisation et d'une coordination appropriées des intervenants, ni d'une concentration des ressources pour obtenir des masses critiques reconnues. Sauf cas d'urgences, un médecin pourra seulement poser les actes pour lesquels il peut faire valoir la formation et la pratique nécessaire et à condition de l'effectuer dans des conditions adaptées.

La nouvelle nomenclature devra également permettre d'introduire un pilotage par le biais d'incitations spécifiques pour certains domaines prioritaires tels que la chirurgie ambulatoire, la promotion de la filière des soins primaires ou l'application volontaire du tiers payant. Dans le même d'ordre d'idées, des incitants négatifs pourront être recadrés, dont notamment le facteur de majoration des actes médicaux pour les patients admis en première classe. Même si cette majoration n'est actuellement pas à charge de l'assurance maladie-maternité (mais de la Caisse médico-chirurgicale mutualiste (CMCM)), elle incite néanmoins à des hospitalisations dépassant l'utile et le nécessaire. Il y a lieu de préciser que cette mesure ne mène ni à une abolition directe et absolue de la facturation du complément de première classe, ni à la coupure pure et simple d'une partie substantielle du revenu de certains médecins. Il s'agit plutôt d'abolir le référencement direct du « lit hospitalier » qui n'est pas approprié pour justifier des honoraires majorés. Le projet de loi prévoit l'assimilation de cette disposition, qui continuera à ce stade à rester inscrite dans la convention entre l'Association des médecins et médecins-dentistes et la Caisse nationale de santé, à une convenance personnelle et ouvre la voie à de telles dispositions aussi bien en milieu hospitalier qu'ambulatoire.

L'introduction d'une nouvelle nomenclature doit en principe rester une opération financièrement neutre. Elle ne devra ni générer une activité médicale supplémentaire excessive, ni conduire à une réduction globale des revenus du corps médical. Par contre, des redistributions entre les différentes spécialités médicales seront possibles, voire s'imposent, vu les distorsions actuelles. Des économies pourront être réalisées en redressant certaines tarifications manifestement exagérées, en luttant contre les abus ou encore en abolissant la tarification par analogie prévue dans le Code de la sécurité sociale et pratiquée couramment pour compenser les déficiences actuelles de la nomenclature. En outre, l'automatisme du « vase communicant » prévu à l'article 65, alinéa 11 du Code de la sécurité sociale doit être adapté.

Le but primaire de la réforme de la nomenclature est d'assurer plus de transparence et d'efficacité ainsi qu'un gain de qualité par rapport à la situation actuelle.

III.1.3. Les professionnels de santé

Il va de soi qu'il n'y a pas seulement la nomenclature des médecins à réformer. Toutes les nomenclatures existantes, notamment celles des laboratoires d'analyses biomédicales et de certaines professions exerçant à titre libéral devraient être revues de façon critique, afin de tenir notamment compte des frais de production et de dispensation effectifs. Il faut constater que les actes et prestations réalisés par ces différents types de prestataires augmentent de façon disproportionnée. Afin de canaliser cette tendance, qui est notamment due à un élargissement de l'offre et aux pratiques de prescription de ces actes par le corps médical, et d'assurer une maîtrise minimale des répercussions sur l'assurance maladie-maternité, différentes mesures peuvent être envisagées comme p.ex. l'établissement

de profils des médecins prescripteurs et des mesures de sensibilisation et de contrôle à leur égard.

III.1.4. La prise en charge directe

Le Gouvernement s'est prononcé pour l'introduction du tiers payant social, qui doit garantir et faciliter l'accès des personnes en difficulté aux prestations de soins, sans engendrer une stigmatisation de ces personnes ou une charge administrative trop importante. Il est proposé d'amender le Code de la sécurité sociale et subsidiairement les statuts de la Caisse nationale de santé et les conventions avec les prestataires de soins. Dans des cas dûment motivés et pour des raisons sociales constatées par l'office social concerné, l'assuré peut demander une prise en charge directe des prestations par l'assurance maladie-maternité.

III.2. Le financement du secteur hospitalier

III.2.1. La budgétisation des établissements hospitaliers

Le fonctionnement actuel du secteur hospitalier se base sur un système mixte avec une médecine libérale rémunérée à l'acte et des établissements hospitaliers budgétisés suivant l'activité prévisible. Contrairement aux développements dans la majorité d'autres pays européens qui présentent des systèmes de santé comparables (et aussi p.ex. le Canada ou l'Australie) et qui optent pour des modèles de financement forfaitaires intégrant frais médicaux, personnel de soins et autres frais dans un acte intégré global (DRG – *Diagnosis related groups*), il est proposé de maintenir le système actuel tout en y apportant des modifications visant une meilleure coordination et un gain d'efficacité. Ainsi, d'autres formes de rémunération doivent être possibles tels que le salariat, la vacation ou la capitation de certaines spécialités médicales hospitalières ou encore des médecins intervenant dans des structures de long séjour et dans certains établissements hospitaliers spécialisés.

En ce qui concerne l'adaptation du mécanisme de budgétisation actuel, différentes mesures sont prévues :

- les budgets individuels des établissements hospitaliers doivent être subordonnés à une enveloppe budgétaire globale : cette mesure est sensée apporter un soutien à l'objectif d'une gouvernance commune du secteur hospitalier, évitant les doubles emplois et la concurrence et promouvant la collaboration et la recherche de synergies. En outre, les axes de développement posés pour le secteur hospitalier, voire pour le système de soins de santé dans sa globalité, peuvent ainsi être mieux respectés.
- Les budgets des établissements hospitaliers seront établis sur 2 ans : il est visé par cette mesure de mieux répartir l'effort administratif que constitue l'élaboration des budgets. En outre, les différentes mesures visant l'amélioration de la planification hospitalière (tels que l'enveloppe précitée ou encore la

mutualisation de certaines activités) devraient permettre un meilleur cadrage budgétaire de l'activité hospitalière. Ceci devrait aussi remédier au fait que les budgets et les décomptes effectifs divergeaient généralement de façon assez considérable.

- La méthodologie actuelle à la base de la détermination de la dotation en personnel doit être adaptée. En priorité il est visé de revoir les normes d'*overhead* (administration, accompagnement, technique, etc) et les activités non-liées directement aux soins (laboratoire, pharmacie, ...), et ceci dans le but de promouvoir de façon active les synergies dans le secteur.
- Avec le même objectif et pour des affectations bien ciblées notamment dans le domaine du support, la possibilité va être ouverte à des budgets sectoriels.
- Des éléments forfaitaires seront introduits progressivement dans les budgets hospitaliers, soit pour certains types de traitements, soit pour certaines catégories de frais ou certains centres de frais. Afin de faciliter cette transition, des budgets résiduels pourront être mis en place, à l'instar des mesures prises dans des pays étrangers ayant vécu cette transformation de leur système de rémunération.

Il est précisé que les dispositions précitées continueront à garder une certaine flexibilité, notamment afin de faire face à des imprévus ou à des situations exceptionnelles.

A noter que l'introduction d'une enveloppe budgétaire globale doit aller de pair avec une planification pluriannuelle cohérente des infrastructures hospitalières et par une régulation de l'offre des soins, notamment des médecins agrées dans les hôpitaux. Dès lors, il est prévu de procéder après l'entrée en vigueur du projet de réforme à une révision du plan hospitalier, afin d'intégrer les éléments-clé initiés par la réforme dans cet outil de planification essentiel.

III.2.2. La comptabilité analytique

La loi sur les établissements hospitaliers prescrit déjà actuellement une comptabilité analytique à respecter par les établissements hospitaliers. Bien que les hôpitaux aient établi leur comptabilité analytique pour les fins de leur gouvernance propre, ces dispositions n'ont pas mené à une utilisation de ces données en vue du pilotage global du secteur hospitalier. Le système de budgétisation mettait effectivement l'accent en premier lieu sur la comptabilisation de l'activité et seulement en second lieu sur le coût de cette activité.

Il est prévu de remettre la compétence par rapport à la comptabilité analytique, tout comme pour la comptabilité générale, à la Caisse nationale de santé qui est le financeur quasi exclusif des activités hospitalières. Sur base de ces règles communes, il est prévu de parvenir à moyen terme à une comparabilité financière des activités effectuées dans les différents services hospitaliers. A long terme, il est également prévu de parvenir à une comptabilité analytique au niveau patient, permettant ainsi d'identifier clairement le coût de la prise en charge. Il va de soi qu'il faut intégrer dans cette démarche aussi le coût de la prise en charge médicale effectuée en milieu hospitalier. A cette fin et dans un souci de transparence, les données hospitalières doivent pouvoir être réconciliés avec l'activité médicale effectuée dans les différents hôpitaux.

III.3. Les médicaments

De façon générale, il est indiqué d'adopter une approche qui se base sur les structures connues dans les pays limitrophes du Luxembourg et en particulier en Belgique.

Une importance particulière revient à la gestion électronique de la prescription, aussi bien dans le secteur hospitalier qu'ambulatoire, par un outil informatique interactif performant tenant compte des besoins du prescripteur, des instances publiques et de la Caisse nationale de santé et ce dans une optique de qualité et d'économie. Cette approche implique l'élaboration d'un descriptif national unique applicable à tout outil exploité. En outre, l'affinement de la documentation relative aux prescriptions est une prémisses à l'élaboration d'études pertinentes. La Caisse nationale de santé vise une limitation de l'influence de l'industrie sur la prescription médicale.

La pratique de la substitution tend à se généraliser en Europe, allant de pair avec la détermination d'une base de remboursement. Il est nécessaire d'adopter une approche globale qui responsabilise le médecin prescripteur, le pharmacien et le patient :

- veiller à ce que le médecin prescrive dans une certaine mesure en dénomination commune internationale (substance active) ou dans des groupes de médicaments dont le brevet est tombé,
- veiller à ce que le pharmacien procède à la substitution par un médicament rentrant dans la base de remboursement,
- garantir la même qualité de traitement à un coût moindre à la personne protégée. Le refus de la substitution par la personne protégée entraîne un accroissement de sa participation.

Une réglementation du service pharmaceutique par la détermination des droits et devoirs des pharmaciens, s'impose.

En matière de rémunération des pharmaciens, il est proposé de se calquer sur la structure de prix valable agréée par les instances du pays de provenance du conditionnement vendu au Luxembourg. La compétence en matière de fixation des prix des médicaments à usage humain passera du ministère de l'Economie au ministère de la Sécurité sociale.

Par ailleurs, des règles transparentes doivent être adoptées en matière de remises accordées par les pharmacies et les intervenants du circuit de distribution, et ce plus particulièrement à l'égard de la Caisse nationale de santé.

L'abattement forfaitaire à accorder par les pharmaciens à l'assurance maladie-maternité par rapport au chiffre d'affaires réalisé dans ce cadre est augmenté pour la durée de 2 ans de 2,5% à 3,75%.

III.4. Les laboratoires

La situation en matière de laboratoires est complexe, aussi bien en ce qui concerne le cadre juridique que le pilotage de l'offre. En fait, les trois types de prestataires d'analyse biologique se trouvent dans des situations de changement et bénéficient en outre de modes de financement et de fonctionnement divergents voire opposés :

- les laboratoires privés ont développé une stratégie axée sur une haute automatisation et un service de proximité, profitant notamment d'une tarification très favorable,

- les laboratoires hospitaliers, affichant un retard au niveau de l'équipement compensé par la dotation en personnel, se concentrent de plus en plus sur leur activité hospitalière,
- le projet de loi en relation au Laboratoire national de santé (LNS) est en train d'être précisé aussi bien en ce qui concerne ses missions que ses ressources.

En résumé, on doit constater que l'offre de services laboratoires dépasse largement les besoins nationaux, que la tarification de la nomenclature des laboratoires n'a pas été amendée afin de tenir compte des progrès technologiques et des gains d'efficacité des vingt dernières années, que ce secteur se caractérise par la pratique de beaucoup d'analyses et d'examen doubles ou inutiles et qu'il existe un certain potentiel de gain d'efficacité au niveau des laboratoires hospitaliers, notamment dans le cadre de la fédération des établissements hospitaliers.

La réforme devrait donc viser trois objectifs majeurs : réorganiser les laboratoires hospitaliers et considérer aussi bien leur statut que leur financement, revoir les modalités de tarification des analyses de biologie clinique et agir contre les analyses non nécessaires, et ceci en agencant la tarification et le niveau de participation de l'assuré et en créant un standard d'accès centralisé des résultats des examens et d'interopérabilité des bases de données. Une harmonisation du fonctionnement entre les laboratoires hospitaliers et privés est effectuée. Après l'entrée en vigueur de la loi, les laboratoires hospitaliers seront soumis aux règles extrahospitalières pour leur activité correspondante.

Cet élément sensible de la réforme ne peut pas ni être interprétée comme une étatisation des laboratoires privés, ni à libéralisation de l'activité hospitalière correspondante. Il s'agit plutôt d'ancrer le principe de l'égalité de traitement entre prestataires sensés fournir la même prestation de qualité. Il va de soi qu'une phase de transition et une analyse détaillée des coûts opposables à la Caisse nationale de santé sont nécessaires pour implémenter cette mesure.

III.5. Les dépenses de maternité

Historiquement, certains risques considérés comme des risques sociaux (maternité, personnes âgées, accidents non liés au travail, maladies dites sociales liées à l'alcoolémie etc) ou encore les dépenses liées à la médecine préventive n'étaient pas à charge de l'assurance maladie-maternité. Avant la réforme de 1992, ces risques dits sociaux, ainsi que la médecine préventive étaient pour une bonne partie, sinon exclusivement à charge de l'Etat qui remboursait aux caisses de maladie les frais avancés. Nul besoin de dire que cette procédure était non seulement fastidieuse mais cette prise en charge dualiste et le partage des compétences empêchaient également une modernisation de l'offre de services et des modes de prise en charge. L'assurance maladie-maternité restait focalisée sur une prise en charge exclusive des frais de traitement en médecine curative. La réforme de 1992 a innové d'abord en simplifiant les procédures de financement par une participation directe de l'Etat dans les cotisations au lieu d'une participation dans les prestations. Elle a également élargi l'objet de l'assurance en admettant explicitement une collaboration entre la Direction de la Santé et l'assurance maladie-maternité en matière de programmes de soins préventifs.

Actuellement la maternité demeure le seul risque dit social qui n'est toujours pas intégré financièrement dans la Caisse nationale de santé. Sous cet angle de vue et en comparaison à la façon de procéder de nos pays voisins, le financement et la gestion actuelle des

prestations de maternité doivent être revues. Une intégration des prestations de maternité représente une vraie simplification administrative et permet d'assurer une meilleure cohérence de la prise en charge préventive et plus de flexibilité concernant l'adaptation de l'offre des soins. Elle permettra également un meilleur suivi des dépenses par l'Etat et les partenaires sociaux.

En effet les dépenses liées à la maternité affichent un taux de croissance nettement supérieur au taux de croissance moyen des dépenses de l'assurance maladie-maternité, et ceci tant pour les mesures de remplacement de salaire (congé de maternité et dispenses de travail) que pour les prestations en nature. Il est proposé de réformer le financement des dépenses de maternité en remplaçant le financement actuel direct de l'Etat par une participation aux cotisations et en incluant les prestations de maternité dans le financement normal par cotisation à l'instar de tous les autres risques couverts par le régime. L'Etat continuera donc à honorer sa participation dans le financement des prestations de maternité au niveau de l'année 2010 et la Caisse nationale de santé continuera à gérer les dossiers afférents aux prestations de maternité. A travers la réforme globale du mécanisme de financement de l'assurance maladie-maternité (cf. chapitre V.), le financement des prestations maternité, et plus spécifiquement les augmentations futures par rapport à la situation actuelle, sera assumé de façon tripartite par l'Etat et les partenaires sociaux.

En dehors des aspects liés au pur financement et au transfert de compétences de l'Etat à la Caisse nationale de santé, cette réorientation permettra aussi de procéder à une nouvelle responsabilisation du salariat et du patronat dans la gestion des dépenses liées à la maternité. Pour les prestations en nature, la séparation formelle entre « maladie » et « maternité » menait dans le passé à des incohérences dans la négociation des tarifs. La revue des référentiels de nomenclature de rémunération des prestations nécessite une gouvernance globale et unique à assumer par la Caisse nationale de santé. En outre, l'augmentation du phénomène de dispense en cas de maternité n'est plus en phase avec la vocation initiale de protection de la salariée enceinte, mais évolue dans certaines branches vers un automatisme de congé de maternité global et intégral dès le début de la grossesse, sans évaluation d'un risque éventuel lié au poste de travail. Tout en préservant la protection recherchée et tout en respectant les directives européennes applicables dans ce domaine, il faudra revoir le mécanisme de demande et d'approbation des dispenses de travail, tout en assurant une protection et une prise en charge adéquate de la femme enceinte et des nouveau-nés. Un financement solidaire tripartite évitera une pénalisation financière de l'employeur confronté à des situations de grossesse et d'accouchement et donc d'absences prolongées de ses salariées.

Le projet de réforme prévoit une dotation spécifique destinée à compenser de façon transitoire les risques pour l'assurance maladie-maternité découlant de l'intégration des prestations de maternité, surtout des prestations en espèces, dans le régime général. Cette disposition permettra, le cas échéant, de procéder à une adaptation des mécanismes d'attribution des dispenses de travail.

IV. Les organes de pilotage et de contrôle

IV.1. Commission de nomenclature

La réforme de l'organigramme encadrant le fonctionnement de l'assurance maladie-maternité vise à rendre l'action des différents acteurs plus pertinente et plus efficace. En fait, les critiques envers ces organes – Commission de nomenclature, Commission de

surveillance, Conseil scientifique – se résument à l’argument final qu’il y a une défaillance de moyens et une inadéquation des pouvoirs et des processus régissant leur fonctionnement. A remarquer aussi que tous les acteurs s’investissent avec beaucoup d’engagement dans leurs missions, mais que les mandats respectifs de ces agents ne font pas partie de leur tâche principale.

La Commission de nomenclature est l’exemple type de cette situation. Elle est déjà aujourd’hui l’organe central de définition et de pilotage des prestations de l’assurance maladie-maternité et son rôle devrait encore augmenter après l’entrée en vigueur de la réforme. Néanmoins, elle se trouve déjà actuellement dans l’impossibilité de traiter de façon objective et scientifiquement fondée toutes les demandes lui soumises et d’assurer la maintenance des nomenclatures existantes, notamment de les garder en phase avec le progrès médical. La réforme de la nomenclature médicale nécessite impérativement un organe à la hauteur de ce défi et il est important d’appuyer son action par la Cellule d’expertise médicale à créer.

En ce qui concerne son fonctionnement, la Commission de nomenclature sera réformée par la détermination d’une nomenclature de référence et par l’adoption d’une procédure standardisée, notamment aussi avec la possibilité de temps de stage ou d’intégration déterminée dans le temps de nouveaux actes, ou aussi par l’obligation de révision périodique. La composition de la Commission de nomenclature est adaptée, afin de créer une parité entre les représentants nommés par les ministres compétents et la Caisse nationale de santé et les experts issus des organismes représentatifs des prestataires ou leurs associations professionnels.

IV.2. Cellule d’expertise médicale

Il est proposé de créer une Cellule d’expertise médicale indépendante, dont la mission sera de déterminer les libellés des actes, d’en produire une définition complète et d’en préciser les indications et les conditions d’application. En dehors de ressources propres, notamment un secrétariat scientifique, ses travaux seront épaulés par des médecins détachés par le Contrôle médical de la sécurité sociale et par la Direction de la Santé. Les missions de ladite cellule ne pourront s’effectuer qu’en partenariat avec un ou plusieurs organismes étrangers, notamment la Haute autorité de santé (HAS) en France, en particulier s’il s’agit d’assurer la cohérence lors du remplacement de la nomenclature actuelle.

Une base légale est indispensable pour asseoir la légitimité d’un tel organe et en garantir la rigueur scientifique, l’indépendance, la pertinence des avis et des recommandations émises et l’autonomie financière. En fait, d’autres missions pourraient lui être confiées :

- évaluer scientifiquement l’intérêt médical des médicaments et des dispositifs médicaux et émettre des recommandations pour leur bon usage permettant d’en proposer ou non le remboursement par l’assurance maladie-maternité,
- promouvoir les bonnes pratiques auprès des professionnels de santé et contribuer ainsi à l’amélioration de la qualité des soins de santé
- participer à l’élaboration et à la promotion des bonnes pratiques médicales en remplacement des références médicales actuellement prévues par la loi.

Les travaux de la Cellule d'expertise médicale sont accompagnés par le Conseil scientifique. En outre, la Cellule d'expertise médicale peut s'adjoindre des experts.

La Commission de nomenclature, rassemblant des représentants de la Caisse nationale de santé, des ministères de la Sécurité sociale et de la Santé, et des représentants des associations professionnelles, sera ensuite chargée d'établir la base tarifaire des libellés des actes et des recommandations émises, ce qui permettra d'en moduler l'implémentation.

IV.3. Conseil scientifique dans le domaine de la Santé

Le Conseil scientifique créé en avril 2005 par un règlement du Gouvernement en conseil ne possède actuellement pas de base légale. Le Conseil scientifique est un organisme indépendant, composé de professionnels du domaine de la médecine, dont la mission actuelle consiste à élaborer et à diffuser des recommandations de bonne pratique médicale dans les domaines suivants : antibiothérapies, imageries médicales, maladies vasculaires, oncologie et analyses de laboratoire, maladies neurologiques du sujet âgé et médecine préventive. Afin de renforcer son action et de promouvoir les bonnes pratiques médicales, il est prévu de donner une base institutionnelle renforcée au Conseil scientifique et de soutenir ses travaux par l'apport de la Cellule d'expertise médicale.

IV.4. Commission de surveillance

La Commission de surveillance joue un rôle important dans l'organigramme de l'assurance maladie-maternité établi par la réforme de 1992. Néanmoins, pour des raisons aussi bien d'ordre juridique que pratique, elle a toujours peiné à développer pleinement une surveillance, un contrôle et un arbitrage adéquat des mécanismes de prestation et de prescription ainsi que de certaines pratiques en découlant. Conscient des difficultés effectives liées à tout changement légal et à tout renforcement de l'action de surveillance, 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 dans la procédure de décision administrative présidentielle susceptible d'un recours juridictionnel devant les juridictions de sécurité sociale. La Commission de surveillance pourra ainsi se concentrer dans le futur sur la poursuite de certains faits violant le Code de la sécurité sociale, notamment en matière de fraude et d'erreur.

IV.5. Contrôle médical de la sécurité sociale

Le projet de loi vise principalement à renforcer le pouvoir de contrôle effectif du Contrôle médical de la sécurité sociale par rapport aux activités effectives des prestataires sur le terrain. Si le grand principe de la transparence demandé et approuvé par tout et chacun ne doit pas rester lettre morte, il faut mettre en place un *mix* équilibré d'information, d'assistance et de conseil des prestataires et de contrôle effectif, aussi bien sur base documentaire que sur le terrain. L'action du Contrôle médical de la sécurité sociale est nécessaire afin de non seulement protéger les intérêts d'une médecine de qualité pour les patients, mais aussi afin de préserver la bonne réputation du corps médical, aussi en identifiant ceux qui profitent excessivement des avantages et des largesses de notre système de soins de santé.

IV.6. Direction de la santé

Les missions actuelles de la Direction de la Santé sont complétées par la charge d'établir sur base de la classification scientifique internationale correspondant une liste des groupe de

médicaments à même principe actif principal, nécessaire à l'établissement d'une base de remboursement de médicaments par la Caisse nationale de santé.

IV.7. Commission permanente du secteur hospitalier

La Commission permanente du secteur hospitalier (CPH) définie dans la loi hospitalière ne connaîtra pas de révision fondamentale ni de sa composition, ni de son fonctionnement. L'accent sera davantage mis sur la conception nationale et globale du fonctionnement et du développement du secteur hospitalier, par abstraction au « chacun pour soi » actuel. Elle devra davantage mettre en œuvre une planification hospitalière s'orientant suivant les besoins sanitaires effectifs, en recherchant une efficacité maximale, en écartant les doubles-emplois et les égocentricités, et en développant activement les conceptions de centres de compétences et de filières de soins intégrées. La CPH ne sera plus chargée de l'établissement du référentiel comptable qui sera dorénavant assuré par la Caisse nationale de santé. En outre, certaines questions d'informatique seront confiées à l'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé.

IV.8. Commissaire aux hôpitaux

Les missions du Commissaire aux hôpitaux, dont l'action se limitait actuellement à celle de contrôleur financier des établissements hospitaliers et plus particulièrement de leurs projets d'investissements sont étendues dans le sens de recherche d'efficacité et de synergies dans le secteur hospitalier.

IV.9. Comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières

Ce comité national est déjà prévu au plan hospitalier actuellement en vigueur et voit conférer maintenant sa base légale dans la loi sur les établissements hospitaliers. Il assure la coordination et le suivi des structures, processus et procédures mis en place par les établissements hospitaliers en matière 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.

IV.10. Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé

Tel que décrit sous II, il faut constater un besoin élémentaire d'un organe national intégrant tous les acteurs clé impliqués dans la gouvernance informatique dans le domaine de la santé. A l'instar d'autres pays, notamment de la France, il est proposé de confier cette tâche à une agence qui exercera sous le statut d'un GIE une mission de coordination, de standardisation, de centralisation et de gestion de certaines démarches centrales du développement informatique du secteur de la Santé. Les orientations prises par cette Agence nationale lient tous les acteurs, notamment les hôpitaux, des prestataires privés, la Caisse nationale de santé non seulement en ce qui concerne des choix technologiques mais aussi en ce qui concerne des engagements budgétaires.

Il est prévu d'attribuer la fonction d'agence à une structure existante, le GIE HealthNet, dont les missions, le fonctionnement, les moyens, la dénomination et la gouvernance seront adaptés en conséquent. En fait, le G.I.E. HealthNet regroupe déjà aujourd'hui l'Etat, la Caisse nationale de santé, les médecins et les hôpitaux et gère les connections d'échange de

données informatiques entre les hôpitaux et avec la Caisse nationale de santé. Il devrait s'ouvrir à d'autres acteurs, dont notamment des représentants de patients. Il peut aussi intégrer d'autres acteurs importants du secteur de la santé.

Parmi les nouvelles missions figurera, d'une part, la responsabilité opérationnelle de la réalisation du programme e-Santé initié par le ministère de la Santé dans le cadre du programme de la gouvernance électronique, la plateforme d'échange et de partage de données de santé hébergeant le dossier de soins partagé en constituant le noyau.

D'autre part, il est prévu que l'Agence se chargera d'une façon plus générale de la promotion de la coordination nationale, de la réalisation de synergies et de l'interopérabilité à l'échelle nationale. Cette mission sera dans un premier temps axée au tour des référentiels nécessaires pour permettre la mise en place de la plateforme d'échange hébergeant le dossier de soins partagé et d'un premier schéma directeur de base conforme à cette priorité. En cas de besoin, elle pourra progressivement évoluer vers d'autres projets et domaines.

Le financement de l'Agence sera principalement assuré par les financiers actuels du secteur, i.e. la Caisse nationale de santé et l'Etat. Un effort d'investissement initial pluriannuel conséquent est indispensable. Le cadre financier 2011-2015 a ainsi été estimé à un total se situant entre 22,6 et 37,2 millions d'euros, suivant étude de PwC Luxembourg (« Luxembourg Ministry of Health eHealth Service Platform Study », PwC Luxembourg, 2010). En reprenant des missions déjà assurés à différents niveaux, une concentration de moyens budgétaires actuellement déjà alloués sera aussi réalisée.

V. Le financement de l'assurance maladie-maternité

Ce chapitre présente d'abord l'évolution récente de l'assurance maladie-maternité, ainsi que celle des principaux facteurs qui permettent d'expliquer l'évolution de sa situation financière. La deuxième et la troisième parties sont consacrées à une projection à législation constante de l'évolution financière probable de l'assurance maladie-maternité jusqu'en 2014 d'un côté à législation constante et de l'autre côté en tenant compte des mesures proposées par le projet de loi pour garantir l'équilibre financier de l'assurance pendant les prochaines années.

A noter que les tableaux repris sous V.1. (évolution financière de 2001 à 2010) se basent sur des estimations et projections établies en mai 2010, alors que ceux repris sous V.2. et V.3. (projections à législation constante et sur base du projet de réforme 2010-2014) se basent sur des données actualisées fin août, voire début septembre. Les différences légères s'expliquent par l'évolution de l'emploi, des cotisations ou de la consommation de soins de santé, sur base des tableaux de bord de la Caisse nationale de santé et des projections établies par l'Inspection générale de la sécurité sociale.

V.1. L'évolution financière récente

Le tableau 1 retrace l'évolution financière globale de l'assurance maladie-maternité à partir de 2005 et présente des estimations actualisées pour l'année en cours. L'assurance maladie-maternité est financée par le système de répartition pure, de sorte que le budget annuel des recettes et des dépenses doit être en équilibre. Par ailleurs elle est composée de plusieurs gestions, à savoir celle des soins de santé, celle des indemnités pécuniaires de maladie et enfin la gestion des prestations de maternité dont le financement est actuellement à charge

de l'Etat. Comme on peut le constater sur le tableau 1, le décompte était en très léger surplus entre 2005 et 2009, grâce à l'excédent des recettes de la gestion des prestations en espèces.

Tableau 1. - Equilibre financier de l'assurance maladie-maternité (en millions EUR)

Exercice	Décompte				Estimations ¹⁾	
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
RECETTES COURANTES ²⁾	1 608.6	1 709.6	1 836.6	1 977.5	1 940.3	2 011.6
DEPENSES COURANTES ²⁾	1 662.2	1 707.7	1 827.5	1 944.7	1 960.8	2 045.7
Solde des opérations courantes	-53.6	1.9	9.0	32.8	-20.4	-34.1
Solde global cumulé	176.0	177.9	186.9	219.8	199.4	165.3
Fonds de roulement minimum	166.2	170.8	182.8	194.5	196.1	112.5 ⁴⁾
Dotation/prélèvement au fonds de roulement	15.2	4.5	12.0	11.7	1.6	-83.6
Excédent/découvert de l'exercice	-68.8	-2.6	-3.0	21.1	-22.1	49.5
Excédent/découvert cumulé (après opérations sur réserve)	9.8	7.2	4.2	25.3	3.2	52.7 ⁵⁾
Prestations en nature	-40.6	-37.3	-35.9	-10.5	-16.4	38.84
Prestations en espèces					19.6	13.86
Prestations en espèces (gestion ouvriers) ³⁾	54.1	52.2	52.8	54.8		
Prestations en espèces (gestion employés et indépendants) ³⁾	-3.7	-7.8	-12.8	-19.0		
Taux de cotisation appliqué						
Prestations en nature	5.40%	5.40%	5.40%	5.40%	5.40%	5.40%
Prestations en espèces					0.50%	0.50%
Prestations en espèces (gestion ouvriers) ³⁾	4.70%	4.70%	4.70%	4.70%		
Prestations en espèces (gestion employés et indépendants) ³⁾	0.20%	0.20%	0.20%	0.20%		
Taux d'équilibre de l'exercice						
Prestations en nature	5.61%	5.39%	5.39%	5.31%	5.42%	5.23%
Prestations en espèces					0.59%	0.53%
Prestations en espèces (gestion ouvriers) ³⁾	5.20%	4.67%	4.68%	4.65%		
Prestations en espèces (gestion employés et indépendants) ³⁾	0.22%	0.25%	0.26%	0.27%		

¹⁾ Source: Estimations CNS (septembre 2010).

²⁾ Données ajustées pour éliminer les biais provoqués par la comptabilisation des provisions.

³⁾ Ancien régime.

⁴⁾ Pour 2010, le niveau de la réserve minimale a été abaissé de 10% des dépenses courantes à 5,5% .

⁵⁾ **Le résultat global positif pour 2010 s'explique par un abaissement en 2010 du niveau de la réserve qui passe de 10% des dépenses courantes à seulement 5,5% des dépenses courantes.**

Par suite de l'introduction du statut unique en 2009, les salariés bénéficient de la continuation du salaire jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le soixante-dix-septième jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de douze mois de calendrier successifs. De ce fait, la Caisse nationale de santé ne prend plus en charge des indemnités pécuniaires de maladie pendant cette période, comme c'était le cas avant 2009 pour les ouvriers, de sorte que les recettes et dépenses de la gestion des prestations en espèces ont diminué de 2008 à 2009.

En fait, les problèmes financiers de la gestion des soins de santé débutent en 2002. En présence d'une situation financière saine et d'une réserve confortable fin 2001, la décision est prise de baisser le taux de cotisation alors qu'un ralentissement économique s'annonce au niveau international sans encore directement montrer ses effets au Luxembourg. La situation financière globale s'aggrave en 2003 où suite au ralentissement des recettes, les trois gestions présentent un déficit en exploitation annuelle et font chuter dangereusement le niveau de la réserve. Confronté fin 2003 à un déséquilibre budgétaire prévisible et massif

pour 2004, un transfert de fonds de 130 millions euros du régime des pensions² vers l'assurance maladie-maternité sauve la mise pour 2004 et ce malgré un déficit important de près de 70 millions euros auprès de la gestion des soins de santé. La reprise économique qui intervient à partir de 2004 (voir graphique 1 ci-après) ainsi qu'une légère augmentation du taux de cotisation en 2005 (qui passe de 5,1% à 5,4%) et la sensibilisation des acteurs par la démarche « Soigner mieux en dépensant mieux » réussissent à redresser la situation de la gestion des soins de santé. Cependant l'équilibre annuel demeure précaire et la Caisse nationale de santé ne réussit pas, malgré les efforts pour freiner les dépenses, à résorber le déficit cumulé qui pèse sur la réserve globale.

A partir de 2009, la crise économique et la situation tendue sur le marché de l'emploi provoquent un ralentissement spectaculaire des rentrées en cotisations. Le graphique ci-après montre la dégringolade du PIB à partir de 2008, suivie en 2009 d'un ralentissement voire d'un recul de l'emploi. Les cotisations suivent, en parallèle, le mouvement descendant avec toutefois un léger décalage. Les perspectives économiques au-delà de 2010 demeurent incertaines. En 2009 le découvert des opérations courantes atteint 20,4 millions euros, toutes gestions confondues.

Pour 2009 le résultat global (solde cumulé après opérations sur réserves) se trouve légèrement modifié par rapport aux prévisions établies lors de la quadripartite en octobre 2009 avec +3,2 millions euros au lieu de -3,5 millions euros.

Les estimations de septembre 2010 de la Caisse nationale de santé et de l'Inspection générale de la sécurité sociale laissent apparaître que la situation financière de l'assurance maladie-maternité s'est légèrement améliorée par rapport aux projections effectuées il y a un an. Ainsi, le résultat financier escompté pour 2010 devrait afficher un excédent cumulé de 52,7 millions d'euros, reposant sur un taux de la réserve minimale légale de 5,5%. Si le taux de la réserve minimale légale s'élevait à 10%, le déficit cumulé 2010 s'élèverait à 36 millions d'euros, comparé au montant de 92,5 millions d'euros estimé il y a un an lors de l'établissement des budgets de l'Etat et de la Caisse nationale de santé.

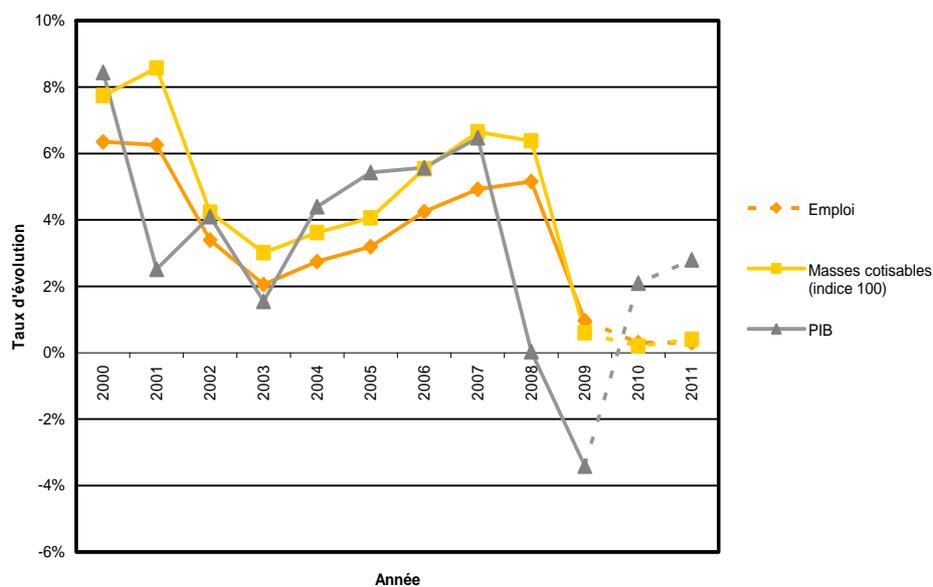
Cette évolution apparemment positive nécessite néanmoins certaines explications complémentaires :

- L'amélioration de la situation financière repose sur l'évolution positive de l'emploi et de certains autres indicateurs positifs, permettant à la Caisse nationale de santé des recettes de cotisations supérieures à celles estimées il y a un an. En résumé, la crise économique semble avoir été un peu moins dure respectivement un peu plus courte qu'attendue. Il s'impose encore d'analyser en profondeur quels secteurs économiques sont les porteurs effectifs de cette évolution. Ainsi, il semble que l'emploi dans le secteur financier et dans l'industrie reste grosso modo stable et que ce soit plutôt le secteur public et paraétatique qui gardent une dynamique de croissance. Il faut aussi préciser, que la durabilité et l'évolution à moyen terme de cette tendance doivent encore se confirmer, vu que des risques non-négligeables sur les situations économiques nationale et internationale continuent à subsister.

² A partir de 2001 on a pu constater une augmentation sensible des cas de maladie de longue durée suite à l'adoption d'une procédure plus restrictive concernant l'attribution des pensions d'invalidité. Ceci a amené un transfert de charges des pensions vers l'assurance maladie, d'où la raison du transfert de 130 millions, opéré en 2005.

- L'évolution de certaines dépenses continue au rythme dynamique des années fastes, alors que d'autres dépenses, comme notamment le secteur hospitalier (*stand still*), semblent afficher une progression plus modérée.

Graphique 1. - Evolution de l'emploi, des masses cotisables des ouvriers et des employés ainsi que du PIB de L'économie luxembourgeoise (évolution en %)



Les tableaux 2 et 3 font ressortir pour les soins de santé un ralentissement sensible des rentrées en cotisations pour 2009 et 2010. La tendance est similaire pour la gestion des prestations en espèces où il n'est cependant pas possible de faire le raccord avec les résultats antérieurs à 2009.

Tableau 2. - Evolutions des cotisations (en millions EUR)

Exercice	Décompte				Estimations ¹⁾	
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
GESTION SOINS DE SANTE	1 296.2	1 377.8	1 482.4	1 590.1	1 666.7	1 733.2
Cotisations ménages	816.6	868.0	933.9	1 001.8	1 050.0	1 091.9
Actifs	669.7	714.6	771.9	831.6	867.0	900.4
Pensionnés	147.0	153.4	162.0	170.2	183.1	191.5
Cotisations forfaitaires de l'Etat	479.5	509.8	548.5	588.3	616.7	641.3
GESTION PRESTATIONS EN ESPECES					85.3	87.1
Cotisations ménages					60.3	61.4
Cotisations forfaitaires de l'Etat					25.0	25.7
GESTION PRESTATIONS EN ESPECES OUVRIERS ²⁾	158.4	167.5	179.7	189.8	p.m.	p.m.
Cotisations ménages	142.6	150.8	161.7	170.9		
Cotisations forfaitaires de l'Etat	15.8	16.8	18.0	19.0		
GESTION PRESTATIONS EN ESPECES EMPLOYES ET INDEPENDANTS ²⁾	14.0	15.1	16.5	18.1	p.m.	p.m.
Cotisations ménages	12.6	13.6	14.8	16.3		
Cotisations forfaitaires de l'Etat	1.4	1.5	1.6	1.8		
TOTAL DES COTISATIONS	1 468.6	1 560.4	1 678.5	1 798.1	1 752.0	1 820.3
<i>En % du total des recettes courantes (toutes gestions confondues)</i>	<i>91.3%</i>	<i>91.3%</i>	<i>91.4%</i>	<i>90.9%</i>	<i>90.3%</i>	<i>86.6%</i>

¹⁾ Source: Estimations CNS (septembre 2010).

²⁾ Ancien régime.

Tableau 3. - Cotisations: variation annuelle en %

Exercice	Décompte				Estimations ¹⁾	
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
GESTION SOINS DE SANTE		6.3%	7.6%	7.3%	4.8%	4.0%
Cotisations ménages		6.3%	7.6%	7.3%	4.8%	4.0%
Actifs		6.7%	8.0%	7.7%	4.2%	3.9%
Pensionnés		4.4%	5.6%	5.0%	7.6%	4.6%
Cotisations forfaitaires de l'Etat		6.3%	7.6%	7.3%	4.8%	4.0%
GESTION PRESTATIONS EN ESPECES						2.1%
Cotisations ménages						1.9%
Cotisations forfaitaires de l'Etat						2.6%
GESTION PRESTATIONS EN ESPECES OUVRIERS ²⁾		5.7%	7.2%	5.7%	p.m.	p.m.
GESTION PRESTATIONS EN ESPECES EMPLOYES ET INDEPENDANTS ²⁾		7.8%	9.3%	10.0%	p.m.	p.m.
TOTAL DES COTISATIONS		6.3%	7.6%	7.1%	-2.6% ³⁾	3.9%

¹⁾ Source: Estimations CNS (septembre 2010).

²⁾ Ancien régime.

³⁾ La baisse des cotisations en 2009 est due en grande partie à la réforme du régime des prestations en espèces et un transfert de recettes et de charges vers la mutualité des employeurs.

Le tableau 4 montre l'évolution des différentes sources de financement de l'assurance maladie-maternité. Avec l'introduction du statut unique en 2009, les dépenses des indemnités pécuniaires de maladie ont diminué suite à la généralisation du maintien du salaire pendant les congés de maladie jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le soixante-dix-septième jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de douze mois de calendrier successifs. L'augmentation du taux de l'Etat de 2008 à 2009 n'est due qu'au poids plus important de la gestion « maternité » (dont les dépenses sont prises en charge par l'Etat dans leur totalité), dans le contexte d'un budget global au volume réduit, suite à l'allègement de la prise en charge des indemnités pécuniaires de maladie.

Tableau 4. - Les sources de financement de l'assurance maladie-maternité (en millions EUR)

Exercice	Décompte				Estimations ¹⁾	
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Etat	610.6	651.5	694.7	753.0	799.5	830.3
Assurés et employeurs	969.2	1 029.8	1 107.9	1 186.4	1 107.5	1 150.6
Administrations	5.1	5.8	6.1	7.5	12.4	14.4
Autres sources de financement	23.7	22.5	27.8	30.7	20.9	16.3
TOTAL RECETTES COURANTES ²⁾	1 608.6	1 709.6	1 836.6	1 977.5	1 940.31	2 011.6
En % du total						
Etat	38.0%	38.1%	37.8%	38.1%	41.2%	41.3%
Assurés et employeurs	60.3%	60.2%	60.3%	60.0%	57.1%	57.2%
Administrations	0.3%	0.3%	0.3%	0.4%	0.6%	0.7%
Autres sources de financement	1.5%	1.3%	1.5%	1.6%	1.1%	0.8%
TOTAL	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

¹⁾ Source: Estimations CNS (septembre 2010).

²⁾ Sans les prélèvements aux provisions.

L'article 28 du Code de la sécurité sociale fixe la marge de fluctuation de la réserve qui doit se situer entre 10% et 20% des dépenses courantes. Les prévisions budgétaires avaient fait ressortir pour 2010 un taux de 5,5%, sensiblement au-dessous du niveau minimum légal, ce qui aurait dû entraîner, d'après les dispositions de l'article 30 du Code de la sécurité sociale, un relèvement du taux de cotisation. Afin de permettre la préparation d'une réforme plus approfondie de l'assurance maladie-maternité, la loi budgétaire pour l'exercice 2010 a fixé la limite inférieure de la réserve de l'assurance maladie-maternité pour cette année à 5,5 pour cent.

Tableau 5. - Evolution du niveau de la réserve (en millions EUR)

	Décompte		Estimations ²⁾
	31.12.2008	31.12.2009	31.12.2010
Réserve effective	219.8	199.3	165.2
Minimum légal ¹⁾	194.5	196.1	112.5 ³⁾
Rapport réserve / dépenses courantes ¹⁾	11.3%	10.2%	8.1%

¹⁾ Sans les prélèvements aux provisions.

²⁾ Source: Estimations CNS (septembre 2010).

³⁾ Baisse du minimum légal requis de 10% à 5,5% pour l'exercice 2010.

Le tableau 6 retrace la variation des dépenses annuelles des différentes gestions à partir de 2001. On constate qu'entre 2001 et 2010 les dépenses de santé se sont accrues de 5,1% en moyenne annuelle et à indice constant. Quant aux frais de maternité (soins de santé et prestations en espèces), elles se sont accrues de 6,5%, pourcentage élevé qui s'explique en partie par l'accroissement des dispenses.

Tableau 6. - Croissance annuelle des dépenses par gestion à partir de 1999

Exercice	Soins de santé	Prestations en espèces (anciennes gestions)		Maternité	Total	
		Prestations en espèces (nouveau régime)				
		PE (ouvriers)	PE (employés et indépendants)			
1999	19.3%	8.8%	7.3%	22.2%	18.1%	
2000	-0.5%	10.7%	-3.5%	16.2%	1.7%	
2001	11.9%	12.2%	20.6%	8.9%	11.8%	
2002	19.5%	16.4%	17.4%	10.9%	18.6%	
2003	-0.6%	6.9%	11.9%	7.8%	1.0%	
2004	9.8%	-2.9%	7.9%	7.4%	8.0%	
2005	10.4%	9.1%	-5.0%	9.9%	10.1%	
2006	2.7%	-2.8%	18.7%	9.5%	2.7%	
2007	7.5%	5.3%	13.8%	2.6%	7.0%	
2008	5.9%	4.7%	12.2%	14.1%	6.4%	
2009 ¹⁾	7.1%			10.0%	0.8%	
2010 ²⁾	4.7%	-6.8%		7.8%	4.3%	
Variation annuelle moyenne 1999/2009 (indice courant)	7.2%	p.m.	6.5% ³⁾	10.1% ³⁾	9.7%	6.7%
Variation annuelle moyenne 1999/2009 (nombre indice 100)	4.8%	p.m.	4.0% ³⁾	7.6% ³⁾	7.2%	4.2%

¹⁾ Rupture de série en 2009 en raison de la réforme du régime des prestations en espèces.

²⁾ Estimations CNS (septembre 2010).

³⁾ Variation annuelle moyenne 1999/2008

Remarque: Données ajustées pour éliminer les biais provoqués par la comptabilisation des provisions

Le tableau 7 présente un aperçu global du coût des différents types de soins de santé. On constate que les soins hospitaliers (y non compris les honoraires des médecins exerçant au sein des hôpitaux) constituent presque la moitié des dépenses de soins de santé au Luxembourg, les honoraires médicaux environ un cinquième et les frais pharmaceutiques (sans celles pendant les traitements à l'hôpital) un peu plus qu'un dixième.

Tableau 7. - Evolution des frais pour soins de santé (en millions EUR)

Exercice	2005	2006	2007	2008	2009	2010
	Décompte					Estimations ¹⁾
Soins hospitaliers ²⁾	530.5	576.3	612.0	639.1	671.8	690.7
Honoraires médicaux ²⁾	227.4	226.2	241.2	252.6	282.5	295.1
Honoraires médico-dentaires	49.4	51.4	53.8	55.7	60.8	63.2
Produits pharmaceutiques	136.7	140.3	146.1	154.5	160.9	169.0
Moyens curatifs et adjuvants ²⁾	26.5	29.3	34.5	33.8	35.9	38.3
Analyses de laboratoire (en dehors des hôpitaux)	32.0	36.4	39.2	44.2	39.9	43.9
Soins des autres professions de santé ²⁾	46.6	53.6	59.0	65.5	72.0	79.4
Autres prestations	23.7	24.8	24.9	29.0	31.21	34.2
Prestations de maternité	19.7	23.4	21.4	24.7	25.7	26.7
Total des prestations au Luxembourg	1 092.4	1 161.6	1 232.0	1 299.1	1 380.8	1 440.5
Prestations à l'étranger ³⁾	241.0	211.6	243.3	265.7	293.9	306.0
Total soins de santé	1 333.4	1 373.2	1 475.3	1 564.9	1 674.7	1 746.5

¹⁾ Source: Estimations CNS (septembre 2010).

²⁾ Certains montants ont été redressés pour éliminer le biais introduit par la liquidation de prestations provisionnées à la fin de l'exercice précédent respectif.

³⁾ La liquidation de ces frais est sujette à d'importantes fluctuations en fonction de la présentation des factures.

A l'exception des « soins des autres professions de santé » (infirmiers, kinésithérapeutes, sages-femmes, ..) et des « autres prestations » (frais de transport, indemnité funéraire, ...),

tous les types de soins varient dans une fourchette relativement étroite. A noter toutefois que la progression des « analyses de laboratoires » aurait été beaucoup plus importante, sans les mesures adoptées par l'assurance maladie-maternité pour la contenir.

Tableau 8. - Variation annuelle moyenne par types de soins en ordre décroissant

Types de soins	Variation annuelle moyenne 2001/2009
Soins des autres professions de santé	11.3%
Honoraires médicaux	8.4%
Moyens curatifs et adjuvants	8.4%
Honoraires médico-dentaires	8.1%
Prestations de maternité	7.2%
Soins hospitaliers	7.0%
Produits pharmaceutiques	5.4%
Analyses de laboratoire (en dehors des hôpitaux)	5.1%
Autres prestations	4.0%
Total des prestations au Luxembourg	7.2%

V.2. Projection à législation constante des recettes et des dépenses de l'assurance maladie-maternité jusqu'en 2014

Si aucune mesure n'est prise, le déséquilibre financier de l'assurance maladie-maternité, en fait de la gestion des soins de santé, va s'aggraver dans les années à venir. La projection des recettes et des dépenses de la Caisse nationale de santé jusqu'en 2014 prend comme point de départ le décompte de la Caisse nationale de santé pour l'année 2009 (cf. tableau 9).

Tableau 9. – Evolution à législation constante de la situation financière de l'assurance-maternité

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	2089	2165	2264	2379
<i>cotisations</i>	1752	1815	1879	1942	2028	2128
<i>maternité</i>	156	167	179	191	203	216
Dépenses, dont prestations nettes:	1961	2046	2167	2298	2436	2585
<i>soins de santé</i>	1635	1709	1806	1915	2029	2151
<i>PE maladie</i>	95	87	92	98	103	110
<i>maternité (PN+PE)</i>	151	162	174	186	197	210
Solde des op. courantes:	-20	-33	-78	-134	-172	-206
Solde global cumulé (réserve totale):	199	166	88	-46	-218	-424
Fonds de roulement minimum (minimum réserve)	196	113	217	230	244	258
Dotation / prélèvement fonds de roulement	2	-84	104	13	14	15
Solde de l'exercice après dot. réserve	22	50	-182	-147	-186	-221
Solde cumulé après dot. réserve	3	53	-129	-276	-462	-682
Dépenses: taux de croissance		4.3%	5.9%	6.1%	6.0%	6.1%
<i>soins de santé</i>		4.5%	5.7%	6.0%	6.0%	6.0%
<i>PE maladie</i>		-8.8%	6.5%	5.6%	6.0%	6.4%
<i>Maternité (PN+PE)</i>		7.1%	7.2%	6.9%	6.2%	6.6%
Participation de l'Etat, dont	798	832	868	903	946	996
Cotisations	642	665	689	712	743	780
maternité	156	167	179	191	203	216
Dotation spéciale maternité			0	0	0	0
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	719.84	728.59	740.98	758.02

1) Estimations IGSS

2) Source: Ministère des Finances :2010-2011 = prévisions budgétaires;2012+ basé sur hypothèses de croissance pacte de stabilité
http://www.mf.public.lu/publications/programme/11e_prog_stabilite_croissance.pdf

3) Estimations IGSS

4) Statec 2000-2009; 2010-2014 circulaire budgétaire MF

Les hypothèses concernant l'évolution de l'emploi en 2010 et 2011 ont été établies par l'Inspection générale de la sécurité sociale sur base des hypothèses de croissance du STATEC connues en avril 2010. L'évolution du nombre indice de coût de la vie est celle prévue dans la circulaire budgétaire pour l'établissement du budget de l'Etat 2011. Les hypothèses d'évolution pour les années 2012 à 2014 concordent avec celles de l'actualisation du programme de stabilité. Les taux d'évolution des dépenses ont été estimés par l'Inspection générale de la sécurité sociale sur base des résultats des exercices précédents et des estimations de la Caisse nationale de santé pour 2010. La projection se base sur une législation constante, c. à d. la réserve minimale devra être reconstituée dans sa totalité en 2011 et la croissance des soins de santé se fera à la même cadence qu'au cours

des dix dernières années. La prise en charge des dépenses de maternité continuerait à se faire à travers le budget de l'Etat.

Le déficit des opérations courantes de la Caisse nationale de santé en 2009 reste assez limité. Le déficit attendu pour 2010 va probablement être inférieur à celui envisagé en septembre 2009, étant donné que la tendance négative de l'emploi s'avère être légèrement plus faible de sorte que les cotisations perçues devraient être plus élevées. Néanmoins, le déficit ne ferait qu'augmenter d'année en année, de sorte que le déficit cumulé pour la période 2009 à 2014 risquera d'être de l'ordre de 660 millions d'euros pour des recettes annuelles de l'ordre de 2 300 millions d'euros. Ce résultat serait engendré par des dépenses croissantes à un rythme constant et par des recettes évoluant à un taux sensiblement moindre qu'au cours des dix dernières années.

Il en découle qu'à défaut d'un retour aux années de croissance du PIB et d'emploi caractérisant la dernière décennie, l'assurance maladie-maternité ne peut retrouver un équilibre stable qu'à travers une limitation conséquente des dépenses et un financement supplémentaire.

V.3. Mesures proposées pour assurer l'équilibre financier jusqu'en 2014

V.3.1. Les mesures en relation aux dépenses

Au niveau des dépenses, le projet de loi maintient les valeurs des lettres-clés des prestataires visées à l'article 65, alinéa 1 par rapport à leur valeur applicable au 31 décembre 2010 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 visés à l'article 61, alinéa 2, point 4) du même Code qui est fixée pour la même période à 0,3050. Le pacte de stabilité pour les années 2010 et 2011 prévoit en outre une stabilisation des facteurs essentiels du développement des coûts du système de soins de santé. Ainsi, le maintien au niveau 2009 de certaines catégories de frais et le gel du nombre de médecins agréés sont prévus en milieu hospitalier afin de réaliser un ralentissement de l'évolution des dépenses.

Le projet de loi prévoit également une révision volontariste de la nomenclature du corps médical, afin de recadrer certains tarifs objectivement et substantiellement trop élevés, comme par exemple la location de matériel ou encore l'assistance opératoire.

En outre, la Caisse nationale de santé devra effectuer une analyse critique des dispositions statutaires régissant les prestations de l'assurance maladie-maternité et les participations des assurés. A défaut d'accord au niveau de la Caisse nationale de santé, le projet de loi prévoit la possibilité d'arrêter des mesures correspondantes par voie de règlement grand-ducal.

Compte tenu des mesures précitées, le projet de loi prévoit pour l'année 2011 une économie substantielle sur l'ensemble des frais de soins de santé par rapport à la projection à législation constante. La progression annuelle normale projetée, qui s'élève à législation constante à 5-6%, est ramenée pour les années à venir à 3-4%. Tel qu'expliqué ci-avant, l'économie correspondante se compose de différentes mesures mises en œuvre depuis la réunion quadripartite d'octobre 2009 (notamment *stand still* dans le milieu hospitalier) et des mesures légales prévues dans le projet de loi visant l'adaptation des tarifs et des budgets. Les projections sont basées sur l'hypothèse que cette épargne sera durable (i.e. pas d'effet de récupération, notamment de la part des prestataires) et que les mesures structurelles prévues dans le projet de loi (telles que l'enveloppe budgétaire globale pour le secteur

hospitalier ou les mécanismes de fixation de la rémunération et les pratiques de facturation des prestataires de soins) contribueront à freiner la croissance actuelle. La progression envisagée, qui nécessite néanmoins une action conséquente et déterminée à tous les niveaux de pilotage du système de soins de santé, représente un objectif réaliste, aussi en comparaison avec d'autres pays.

Enfin, la limite inférieure de la réserve de l'assurance maladie-maternité, refixée en 2010 dans le but de permettre l'élaboration du projet de réforme, sera reconstituée de façon progressive, en passant en 2011 à 7,5%, en 2012 à 9% pour atteindre de nouveau en 2013 les 10% prévus par le Code de la sécurité sociale.

V.3.2. L'évolution des recettes

Les mesures prévues pour agir sur l'évolution des dépenses aussi bien à court comme à long terme, ne peuvent pas compenser complètement et sur plusieurs années les effets de la crise sur l'emploi et le PIB, allant de pair avec certains vecteurs de croissance inhérents aux dépenses de soins tels que l'évolution démographique ou le progrès médical.

On constate donc qu'en dépit des mesures proposées, les dépenses de la Caisse nationale de santé continueront à augmenter plus rapidement que les recettes. Cette tendance deviendrait pire, si la reprise économique se faisait attendre plus longtemps que prévu dans les hypothèses économiques qui sont à la base de la projection présentée dans le tableau 9.

Le projet de loi prévoit la suppression de la gestion séparée des prestations de maternité en les intégrant dans les gestions des soins de santé et des prestations en espèces, notamment dans un but de simplification administrative et afin de freiner l'évolution de ces dépenses qui est nettement supérieure à celle de autres soins de santé et qui n'est pas liée à une augmentation des naissances.

Pour maintenir la participation effective de l'Etat dans le financement de l'assurance maladie-maternité au même niveau qu'en 2009 et afin que la couverture de ces frais ne représente pas un risque démesuré pour la Caisse nationale de santé au cours des prochaines années, la participation de l'Etat est fixée à 40% au niveau de l'ensemble des cotisations (contre actuellement 37% dues au titre des de santé et 29,5% dues au titre des indemnités pécuniaires) et une dotation spécifique de l'Etat est accordée pour compenser l'évolution des dépenses liées au prestations en espèces de maternité, jusqu'à ce que, le cas échéant, ces dispositions soient révisés.

L'intégration de la maternité dans le régime général nécessite encore un réagencement des différents taux de cotisations. Actuellement, le Code de la sécurité sociale prévoit des taux de cotisations distincts pour les soins de santé et pour les indemnités pécuniaires de maladie, fixés à ce jour à 5,4% et 0,5%. Le financement des prestations de maternité, se composant de prestations en nature et en espèces (congé de maternité et dispense de travail) correspondantes, ne peut pour des raisons techniques pas être intégré tel quel dans les taux existants. Dès lors il est proposé de créer un taux de cotisation unique pour tous les assurés, majoré de 0,5% pour les assurés couverts par les indemnités pécuniaires actuelles.

En matière de recettes supplémentaires, différentes variantes sont possibles, qui ont aussi été étudiées pendant la phase d'élaboration du projet de réforme :

- la suppression du plafond cotisable pour les prestations de soins de santé qui est actuellement fixé à cinq fois le salaire social minimum,
- le relèvement du plafond cotisable à p.ex. sept fois le salaire social minimum,
- le relèvement du taux de cotisation à p.ex. 5,8%.
- une solution mixte d'un relèvement du plafond cotisable combiné à une hausse du taux de cotisation.

Ces alternatives affichent chacune des avantages et désavantages, notamment par leur impact sur les différentes franges de la population ou aussi leurs combinaison avec d'autres mesures prises dans le cadre de la lutte contre la crise actuelle ou de la volonté de rétablir l'équilibre budgétaire de l'Etat à l'horizon de l'année 2014.

Alors que la première version de l'avant-projet de loi présentait les différentes options possibles, l'avant-projet de loi dans sa version du 20 septembre 2010 se base sur le relèvement du taux de cotisations de l'ordre de 0,4% par rapport au taux actuel de 5,4%. (cf tableau 10)

V.3.3. Récapitulatif des mesures visant l'équilibre financier

Sur base des tableaux financiers les mesures financières comprises dans le projet de réforme se résument comme suit :

- augmentation des cotisations : recettes supplémentaires de +/- 50 millions d'euros ;
- intégration de la maternité dans le régime général de l'assurance maladie-maternité : décharge à terme du budget de l'Etat ;
- dépenses de soins de santé : Réduction de la croissance de dépenses de +/- 5% par an à +/- 4% par an ;
- reconstitution en étapes de la réserve minimale.

Le projet de réforme se base encore sur le principe que la participation financière globale de l'Etat (i.e. incl. maternité) reste stable à court terme 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.

Pour 2011, les estimations actuelles prévoient un déficit des soins de santé de l'ordre de grandeur de 75 millions d'euros et un déficit cumulé supérieur à 100 millions d'euros (en cas de reconstitution complète de la réserve).

Tableau 10. - Projection de la situation financière : augmentation des cotisations à 5,8% et freinage de la croissance des dépenses

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	2154	2226	2325	2439
<i>cotisations</i>	1752	1815	2124	2195	2292	2405
<i>maternité</i>	156	167	0	0	0	0
Dépenses, dont prestations nettes:	1961	2046	2116	2208	2304	2406
<i>soins de santé</i>	1635	1709	1755	1825	1897	1972
<i>PE maladie</i>	95	87	92	98	103	110
<i>maternité (PN+PE)</i>	151	162	174	186	197	210
Solde des op. courantes:	-20	-33	38	18	20	33
Solde global cumulé (réserve totale):	199	166	204	221	242	275
Fonds de roulement minimum (minimum réserve)	196	113	159	199	230	241
Dotation / prélèvement fonds de roulement	2	-84	46	40	32	10
Solde de l'exercice après dot. réserve	22	50	-8	-22	-11	23
Solde cumulé après dot. réserve	3	53	45	23	11	34
Dépenses: taux de croissance		4.3%	3.5%	4.3%	4.3%	4.4%
<i>soins de santé</i>		4.5%	2.7%	4.0%	4.0%	4.0%
<i>PE maladie</i>		-8.8%	6.5%	5.6%	6.0%	6.4%
<i>Maternité (PN+PE)</i>		7.1%	7.2%	6.9%	6.2%	6.6%
Participation de l'Etat, dont	798	832	870	898	937	982
Cotisations	642	665	850	878	917	962
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	719.84	728.59	740.98	758.02

1) Estimations IGSS

2) Source: Ministère des Finances :2010-2011 = prévisions budgétaires;2012+ basé sur hypothèses de croissance pacte de stabilité
http://www.mf.public.lu/publications/programme/11e_prog_stabilite_croissance.pdf

3) Estimations IGSS

4) Statec 2000-2009; 2010-2014 circulaire budgétaire MF

L'avant-projet de loi prévoit une couverture d'un déficit de 100 millions d'euros suivant une règle de :

- 50% par voie de recettes supplémentaires découlant d'une augmentation des cotisations de 0,4% ;
- 25% par voie d'économies directes sur les tarifs des prestataires de soins
 - o Gel des lettres-clé des prestataires de soins 3 millions d'euros
 - o Réduction de la lettre-clé des laboratoires 3 millions d'euros
 - o Adaptation de l'abattement des pharmaciens 0,5 millions d'euros

- Enveloppe budgétaire hospitalière globale 10 millions d'euros
- Adaptation ciblée de certains actes médicaux 8,5 millions d'euros
- 25% par voie d'adaptation statutaire des prestations et des participations des patients
 - Participation de l'assuré aux actes médicaux 25 millions d'euros

Ces mesures pourront évoluer, notamment en fonction des décisions statutaires du Comité directeur de la Caisse nationale de santé, des négociations des lettres-clé avec les prestataires de soins et les propositions de la Commission de nomenclature, qui pourraient anticiper ces mesures respectivement inclure des alternatives.

Texte du projet de loi

Art. 1^{er}. Le Code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

1^o L'article 2, alinéa 1 prend la teneur suivante :

« La personne qui est âgée de dix-huit ans au moins, qui réside au Grand-Duché de Luxembourg et qui perd la qualité d'assuré obligatoire ou la protection en qualité de membre de famille au sens de l'article 7 après en avoir bénéficié pendant une période continue de six mois précédant immédiatement la perte de cette qualité, peut demander à continuer son assurance. La condition de continuité ne vient pas à défaillir par une interruption de moins de huit jours. La demande doit être présentée au Centre commun de la sécurité sociale sous peine de forclusion dans un délai de trois mois suivant la perte de l'affiliation. »

2^o L'article 8 prend la teneur suivante :

« Art. 8. L'assurance a principalement pour objet, dans les limites fixées par la présente loi et les statuts :

- le paiement d'une prestation en espèces sous forme d'indemnité pécuniaire de maladie ou d'indemnité pécuniaire de maternité ;
- la prise en charge des soins de santé ;
- la participation à des mesures de médecine préventive ;
- le paiement d'une indemnité funéraire. »

3^o A l'article 10, l'alinéa 1 prend la teneur suivante :

« Pour les salariés, l'indemnité pécuniaire de maladie est calculée sur la base du revenu professionnel défini à l'article 34 relatif aux affiliations en cours au moment de la survenance de l'incapacité de travail et respectant les limites définies à l'article 39. »

4^o L'article 12, alinéa 1^{er} prend la teneur suivante :

« Pour les non salariés, l'indemnité pécuniaire est calculée sur la base du revenu professionnel défini aux articles 35 et 36 relatif aux affiliations en cours au moment de la survenance de l'incapacité de travail et respectant les limites définies à l'article 39. Si la période indemnisée est inférieure à un mois, chaque jour est compté uniformément pour un trentième du mois. Toute modification du revenu professionnel implique le recalcul de l'indemnité pécuniaire. »

5^o L'article 17 prend la teneur suivante :

« Art. 17. Sont pris en charge dans une mesure suffisante et appropriée :

- 1) les soins de médecine ;
- 2) les soins de médecine dentaire ;
- 3) les traitements effectués par des professionnels de santé ;
- 4) les analyses médicales de biologie clinique ;
- 5) les orthèses, prothèses, épithèses et implants dentaires ;
- 6) les médicaments, le sang humain et les composants sanguins ;
- 7) les dispositifs médicaux ;

- 8) les traitements effectués en milieu hospitalier ;
- 9) les frais de séjour à l'hôpital en cas d'accouchement et en cas d'hospitalisation d'une personne pour laquelle les soins en vue de sa guérison, de l'amélioration de son état de santé ou de l'atténuation de ses souffrances ne peuvent être dispensés en dehors du milieu hospitalier, ces critères pouvant être précisés par règlement grand-ducal ;
- 10) les cures thérapeutiques et de convalescence ;
- 11) les soins de rééducations et de réadaptations fonctionnelles ;
- 12) les frais de transport des malades ;
- 13) les soins palliatifs suivant les modalités d'attribution précisées par règlement grand-ducal.

Des mesures de médecine préventive peuvent être organisées en collaboration avec la Direction de la santé dans le cadre de conventions de partenariat conclues entre les ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale, la Caisse nationale de santé et, le cas échéant, des services spécialisés. »

6° L'article 19, alinéa 1 prend la teneur suivante :

« Art. 19. Les assurés sont libres de s'adresser aux prestataires de soins de leur choix et ce sans préjudice des centres de compétences et des filières de soins intégrées définis dans la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers. »

7° L'article 19, alinéa 3 prend la teneur suivante :

« Cependant dans des cas graves et exceptionnels à constater par la Caisse nationale de santé sur base d'un certificat circonstancié du médecin traitant, l'acte ne figurant pas dans la nomenclature peut être pris en charge sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale qui fixe un tarif en assimilant cet acte à un autre acte de même importance. »

8° A la suite de l'article 19 il est inséré un nouvel article 19bis libellé comme suit :

« Art. 19bis. L'assuré peut désigner un médecin référent avec l'accord de celui-ci qui a pour missions :

- 1) d'assurer le premier niveau de recours aux soins ;
- 2) d'assurer les soins de prévention et contribuer à la promotion de la santé ;
- 3) de suivre régulièrement le contenu du dossier de soins partagé de l'assuré visé à l'article 60quater ;
- 4) de superviser le parcours de l'assuré dans le système de soins de santé afin d'éviter les doubles emplois, la surconsommation ou les effets secondaires ;
- 5) de coordonner les soins dans les cas de pathologies lourdes ou chroniques ou de soins de longue durée ;
- 6) d'informer, d'orienter et de conseiller le patient dans le parcours de soins coordonnés.

Un règlement grand-ducal fixe les qualifications, les droits et les obligations du médecin référent. »

9° L'article 21 prend la teneur suivante :

« La prise en charge des actes, services et fournitures se fait suivant les conditions, modalités et taux déterminés par les statuts. »

10° L'article 22 prend la teneur suivante :

« Art. 22. (1) La prise en charge des médicaments dispensés dans les pharmacies ouvertes au public se fait selon une liste positive à publier au Mémorial.

Les décisions d'inscrire ou non un médicament sur la liste ou d'en exclure une catégorie ou un produit déterminé doivent être basées sur les critères découlant des articles 17, alinéa 1 et 23, alinéa 1.

Par dérogation aux dispositions prévues à l'article 23, alinéa 1, peuvent encore être inscrits sur la liste positive les médicaments homéopathiques unitaires fabriqués à partir d'une souche végétale, minérale ou chimique et commercialisés sous forme de globules, granules, comprimés ou gouttes.

La liste des médicaments est établie par les statuts, la Direction de la santé, division de la pharmacie et des médicaments et le Contrôle médical de la sécurité sociale demandés en leur avis. La décision d'exclure une catégorie de médicaments de cette liste s'opère dans la même forme.

Ne peuvent être inscrits sur la liste positive que des médicaments disposant d'une autorisation de mise sur le marché, d'un prix au public et pour lesquels le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché a introduit une demande auprès de la Caisse nationale de santé en vue de l'inscription du médicament sur la liste positive.

(2) Le président de la Caisse nationale de santé ou son délégué prend les décisions relatives :

- 1) à l'inscription ou non des médicaments sur la liste positive et décide du taux de prise en charge qui leur est applicable. Il décide pareillement de l'exclusion d'un médicament de la liste positive ;
- 2) à la première inscription ou au retrait des médicaments de la liste des principes actifs soumis à la base de remboursement prévue à l'article 22bis.

Les décisions visées à l'alinéa précédent sous le point 1) sont prises sur base d'un avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale. Cet avis s'impose au président.

Les décisions du président ou de son délégué sont acquises à défaut d'une opposition écrite formée par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché dans les quarante jours de la notification. L'opposition, qui est suspensive, est vidée par le comité directeur.

(3) Pour des motifs d'intérêt général ou de santé publique, des médicaments répondant aux critères définis selon le paragraphe 1, alinéa 2, mais pour lesquels aucune demande n'a été introduite, peuvent être inscrits d'office sur la liste positive par le comité directeur de la Caisse nationale de santé, la Direction de la santé, division de la pharmacie et des médicaments, et le Contrôle médical de la sécurité sociale demandés en leur avis.

(4) Un règlement grand-ducal précise les critères et détermine la procédure relative à l'inscription ou non d'un médicament sur la liste positive ou à son exclusion de ladite liste. Ce même règlement peut préciser les critères et déterminer la procédure relative à l'inscription des dispositifs médicaux dans les listes statutaires de l'assurance maladie-maternité. »

11° A la suite de l'article 22 il est inséré un nouvel article 22bis libellé comme suit :

« Art. 22bis. La Direction de la santé établit sur base de la classification scientifique internationale dénommée « Anatomical therapeutic chemical classification » de l'Organisation mondiale de la santé une liste des groupes de médicaments à même principe actif principal, dont ce principe actif principal n'est pas ou n'est plus protégé par un brevet dans le pays de provenance du médicament. Cette liste est mise à jour mensuellement et communiquée à la Caisse nationale de santé. Sur cette liste la Direction de la santé distingue les médicaments pour lesquels il peut y avoir substitution par un autre médicament du même groupe.

Sur base de la liste visée à l'alinéa 1, la Caisse nationale de santé fixe pour tous les médicaments susceptibles de substitution, appartenant au même groupe de principe actif principal, une base de remboursement qui constitue le montant sur lequel porte, par conditionnement, la prise en charge de l'assurance maladie-maternité pour un médicament inscrit dans la liste positive.

La base de remboursement est calculée en fonction de critères relatifs au dosage, à la forme pharmaceutique, à la voie d'administration et au conditionnement des médicaments du groupe à même principe actif principal. Le calcul de la base de remboursement tient compte du prix public unitaire des médicaments composant chaque groupe en comparant le prix public unitaire le plus élevé avec le prix public unitaire le moins élevé. Les modalités de calcul de la base de remboursement sont précisées par règlement grand-ducal.

La liste des groupes de médicaments soumis à une base de remboursement et le montant de cette base sont publiés au Mémorial.

Par dérogation à l'article 5 du règlement N°IV dénommé « sur les devoirs spéciaux des pharmaciens et droguistes » de l'arrêté royal grand-ducal du 12 octobre 1841 portant règlement du service médical, le pharmacien informe l'assuré lors de la délivrance du médicament qu'il s'agit d'un médicament inscrit sur la liste des groupes de médicaments soumis à une base de remboursement et lui propose une substitution par le médicament le plus économique du même groupe. ».

12° A la suite de l'article 22bis il est inséré un nouvel article 22ter libellé comme suit :

« Art. 22ter. Par dérogation à l'article 2, alinéa 5 de la loi modifiée du 17 novembre 2004 relative à la concurrence, les décisions relatives à la fixation des prix des médicaments à usage humain sont prises par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Les critères, les conditions et la procédure se rapportant à cette fixation sont déterminés par règlement grand-ducal. »

13° L'article 23, alinéa 2 est modifié comme suit :

« Les statuts de la Caisse nationale de santé prévoient à titre de sanction l'avertissement, la domiciliation auprès d'un prestataire déterminé, une participation plus élevée ou le refus de la prise en charge de prestations dans le chef d'assurés dont la consommation de prestations à charge de l'assurance maladie-maternité est considérée comme abusive d'après des normes y établies, le Contrôle médical de la sécurité sociale entendu en son avis. L'assuré doit restituer les prestations indûment touchées. Les montants à payer ou à restituer par l'assuré peuvent être compensés par la Caisse nationale de santé avec d'autres créances de l'assuré ou être recouvrés par le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 429. »

14° L'article 24 prend la teneur suivante :

« Art. 24. Les prestations de soins de santé sont accordées, soit sous forme de remboursement par la Caisse nationale de santé et les caisses de maladie aux personnes protégées qui ont fait l'avance des frais, soit sous forme de prise en charge directe par la Caisse nationale de santé, le prestataire de soins n'ayant d'action dans ce dernier cas contre la personne protégée que pour la participation statutaire éventuelle de celle-ci. A défaut de disposition conventionnelle contraire, le mode de la prise en charge directe ne s'applique qu'aux actes, services et fournitures ci-après :

- 1) les analyses médicales de biologie clinique ;
- 2) en cas de traitement en milieu hospitalier, l'ensemble des frais de traitement ;
- 3) les médicaments ;
- 4) la rééducation et la réadaptation fonctionnelles dans un établissement spécialisé ;
- 5) la transfusion sanguine ;
- 6) les actes des professions de santé visées à l'article 61, alinéa 2, point 3), des établissements d'aides et de soins ainsi que des réseaux d'aides et de soins visés aux articles 389 à 391 disposant d'un contrat d'aides et des soins avec la Caisse nationale de santé.

La prise en charge directe est encore accordée en cas d'indigence de la personne protégée dûment documentée par une attestation établie par l'office social en charge, suivant les modalités déterminées par les dispositions statutaires et conventionnelles.

La Caisse nationale de santé envoie périodiquement à l'assuré un relevé des prestations fournies par voie de prise en charge directe.»

15° L'article 26 est abrogé.

16° L'article 28, alinéa 2 prend la teneur suivante :

« En dehors des revenus de placement et d'autres ressources diverses, les ressources nécessaires sont constituées par des cotisations dont une part est fixée en application du taux de cotisation visé à l'article 29 et une autre part en application du pourcentage fixé à l'article 31. »

17° L'article 29 prend la teneur suivante :

« Art. 29. Le taux de cotisation est fixé de manière à couvrir toutes les charges de l'assurance maladie-maternité, y compris la dotation à la réserve et le remboursement à la Mutualité des charges résultant de l'article 54, alinéas 2 et 3. Ce taux de cotisation s'applique à l'assiette visée à l'article 33.

Pour les assurés ayant droit à une prestation en espèce le taux de cotisation est majoré de 0,5 pour cent, avec comme assiette le revenu professionnel visé aux articles 34 à 37, tout en respectant les limites définies à l'article 39.»

18° L'article 30 prend la teneur suivante :

« Art. 30. Le taux de cotisation est refixé par le comité directeur avec effet au premier janvier de l'année pour laquelle le budget fait apparaître que le montant de la réserve prévue à l'article 28, alinéa 1, se situe en dehors des limites y prévues.

Si dans les conditions prévues à l'alinéa qui précède, le comité directeur n'a pas refixé le taux au 1^{er} décembre, celui-ci est arrêté par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Le taux de cotisation refixé est publié au Mémorial. »

19° L'article 31, alinéa 1 prend la teneur suivante :

« L'Etat supporte quarante pour cent des cotisations. »

20° L'article 32 est modifié comme suit :

a) L'alinéa 1, premier tiret prend la teneur suivante :

« - par parts égales aux assurés et aux employeurs en ce qui concerne les assurés visés à l'article 1^{er} sous 1), 2), et 3) ; »

b) L'alinéa 1, 3^e tiret prend la teneur suivante :

« - entièrement à charge de l'employeur en ce qui concerne les membres de l'armée, de la police grand-ducale ainsi que le personnel des établissements pénitentiaires et le personnel du Centre de rétention; »

c) L'alinéa 1, 4^e tiret prend la teneur suivante :

« - par parts égales aux assurés et aux institutions débitrices des prestations en cause en ce qui concerne les assurés visés à l'article 1^{er} sous 8), 9), 10), 11) et 20); »

d) L'alinéa 1, 6^e tiret est complété par les termes « et 14) ».

e) L'alinéa 1, 8^e tiret prend la teneur suivante :

« - à l'Etat en ce qui concerne les assurés visés à l'article 1^{er}, sous 7), 13), 15), 16), 17) et 19). »

21° L'article 33 prend la teneur suivante :

« Art. 33. L'assiette de cotisation comprend :

- 1) le revenu professionnel visé aux articles 34 à 37 ainsi que les gratifications, participations et autres avantages même non exprimés en espèces dont l'assuré jouit en raison de son occupation soumise à l'assurance, à l'exclusion toutefois

- des majorations sur les heures supplémentaires; la valeur des rémunérations en nature est portée en compte suivant la valeur fixée par règlement grand-ducal;
- 2) l'ensemble des pensions et rentes de l'assuré visées à l'article 1er, alinéa 1, numéros 8) et 9);
 - 3) tout revenu de remplacement sur lequel une retenue de cotisation au titre de la législation luxembourgeoise sur l'assurance maladie-maternité est prévue.

Pour les assurés volontaires, l'assiette de cotisation est fixée dans le cadre du règlement grand-ducal prévu à l'article 2, alinéa 4.

Pour les membres d'associations religieuses et les personnes qui leur sont assimilées, occupés dans un établissement appartenant à leur congrégation, l'assiette cotisable est constituée par le salaire social minimum de référence pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans au moins.

Pour les personnes bénéficiant d'un régime de pension spécial ou d'un régime de pension transitoire spécial pour les fonctionnaires et pour les personnes leur assimilées, l'assiette de cotisation est constituée par les éléments de rémunération visés aux articles 60, 80 et 85 de la loi du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois, y compris l'allocation de fin d'année. »

22° L'article 38 est abrogé.

23° L'article 40 est abrogé.

24° A l'article 43, les alinéas 1 et 2 prennent la teneur suivante :

« La personne âgée de plus de soixante-huit ans et assurée du chef d'une occupation, a droit sur demande au remboursement par année civile des cotisations à sa charge dues, le cas échéant, pour le financement des prestations en espèces.

Lorsque par suite d'un cumul de plusieurs activités ou prestations soumises à l'assurance, l'assiette de cotisation totale d'un assuré dépasse le maximum défini à l'article 39, alinéa 5, l'assuré a droit sur demande au remboursement par année civile de la part de cotisations correspondant à la différence lui incombant conformément à l'article 32 pour le financement des soins de santé et des prestations en espèces. »

25° L'article 46, alinéa 4 prend la teneur suivante :

« En matière de frais de soins de santé avancés par les assurés, d'indemnités pécuniaires de maladie et de maternité et d'indemnité funéraire concernant des assurés de la Caisse nationale de santé, le comité directeur siège en l'absence des délégués visés à l'alinéa 1, sous 2), 3) et 4), qui sont remplacés en l'occurrence par trois suppléants désignés par la Chambre des salariés parmi les suppléants des délégués visés à l'alinéa 1, sous 1. »

26° L'article 47 prend la teneur suivante :

« Art. 47. (1) A la demande de l'assuré, toute question à portée individuelle à son égard en matière de prestations ou d'amende d'ordre peut faire l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué. Cette décision est acquise à défaut d'une

opposition écrite formée par l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité directeur.

(2) Tout litige opposant un assuré à la Caisse nationale de santé portant sur l'application d'un tarif prévu par les dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles fait l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué. Si le litige nécessite la mise en intervention du prestataire, celui-ci est mis en demeure par lettre recommandée, avant toute décision, pour prendre position par écrit dans le délai de quarante jours. La décision du président ou de son délégué est notifiée à chacune des parties et peut faire l'objet, dans le délai de quarante jours de la notification, d'un recours devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale et à charge d'appel, quelle que soit la valeur du litige, devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale.

(3) Si un litige porte tant sur une question visée au paragraphe 1 que sur une question visée au paragraphe 2, le litige visé au paragraphe 2 doit être vidé préalablement.

(4) Tout litige opposant un prestataire à la Caisse nationale de santé portant soit sur l'application d'un tarif prévu par les dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles, soit, dans des cas individuels, sur le non respect des dispositions prévues à l'article 23, alinéa 1, fait l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué.

Un avis écrit du directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale ou de son délégué est obligatoirement joint à la décision de non respect des dispositions de l'article 23. Pour l'établissement de son avis le directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale ou son délégué peut prendre inspection de tous les dossiers et documents médicaux en rapport avec le litige porté devant le président de la Caisse nationale de santé. Le droit d'inspection s'étend aux lieux où exerce le prestataire concerné, ainsi qu'aux hôpitaux et établissements où le prestataire concerné a effectué les soins.

La décision présidentielle est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par le prestataire dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le Conseil arbitral de la sécurité sociale et à charge d'appel, quelle que soit la valeur du litige, par le Conseil supérieur de la sécurité sociale.

(5) La décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué constatant une violation de l'article 23, alinéa 1 se prononce, outre sur le fond et sur la restitution éventuelle de sommes indûment touchées, sur un avertissement du prestataire. En cas de récidive dans un délai de deux ans le président de la Caisse nationale de santé ou son délégué peut prononcer dans sa décision une amende d'ordre dont le montant est égal à cent cinquante pour cent des prestations identifiées comme ayant été indûment accordées ou prescrites, sans pouvoir être inférieur à cinq cents euros.

(6) Les montants à payer ou à restituer par l'assuré ou par le prestataire en application des dispositions du présent article peuvent être compensés par la Caisse nationale de santé avec d'autres créances de l'assuré ou du prestataire ou être recouvrés par le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 429. »

27° L'article 48 prend la teneur suivante :

« Art. 48. La Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics, la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux et l'Entraide médicale de la société nationale

des chemins de fer luxembourgeois sont compétentes pour la liquidation des prestations de soins de santé avancées par les assurés, ainsi que pour la liquidation de l'indemnité pécuniaire de maternité et de l'indemnité funéraire. Elles peuvent encore être chargées des attributions d'une agence au sens de l'article 413, alinéa 3, d'après les modalités y prévues. »

28° L'article 51, alinéa 2 prend la teneur suivante :

« Tout litige opposant un assuré à sa caisse de maladie portant sur l'application d'un tarif prévu par les dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles fait l'objet d'une décision du président de la caisse de maladie compétente ou de son délégué. Si le litige nécessite la mise en intervention du prestataire, celui-ci est mis en demeure par lettre recommandée, avant toute décision, pour prendre position par écrit dans le délai de quarante jours. Dans le même délai la caisse de maladie compétente doit demander l'avis du président de la Caisse nationale de santé. La décision du président ou de son délégué est notifiée à chacune des parties et peut faire l'objet, dans le délai de quarante jours de la notification, d'un recours devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale et à charge d'appel, quelle que soit la valeur du litige, devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale. »

29° L'article 60 prend la teneur suivante :

« Art. 60. Les relations entre les prestataires de soins et l'assurance maladie-maternité sont réglées par les articles 74 à 79 ou les articles 61 à 73, suivant qu'il s'agit de prestations dispensées dans le secteur hospitalier ou en dehors de ce secteur.

Sont considérées comme prestations du secteur hospitalier toutes les prestations en nature dispensées à des assurés traités dans un hôpital, un établissement hospitalier spécialisé ou un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie au sens de la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

Sans préjudice de l'article 64, alinéa 2, point 8), les actes et services des médecins et médecins-dentistes sont pris en charge conformément aux articles 61 à 73, même s'ils sont prestés dans le secteur hospitalier.

Les activités des médecins prises en charge moyennant le budget hospitalier ne donnent pas lieu à une rémunération suivant la nomenclature des actes. »

30° A la suite de l'article 60 il est inséré un nouvel article 60bis libellé comme suit :

« Art. 60bis. Tout prestataire de soins de santé visé à l'article 61, tout établissement hospitalier, tout réseau d'aides et de soins visé à l'article 389, tout établissement d'aides et de soins visé aux articles 390 et 391, dépositaire d'un dossier de soins ou d'éléments d'un tel dossier, de données médicales sous forme de rapports médicaux, de résultats d'analyses, de comptes rendus d'investigations diagnostiques, d'ordonnances ou de prescriptions, d'imagerie médicale ou de tout document ou effet intéressant l'état de santé ou le traitement thérapeutique d'un assuré, doit en donner communication, sur sa demande, au médecin référent, à tout médecin désigné par l'assuré et au Contrôle médical de la sécurité sociale.

Au cas où le dépositaire ne saurait produire les pièces dont il est réputé être dépositaire dans le délai de quinze jours à partir de la requête écrite de l'assuré, celui-ci peut demander la restitution des frais qu'il peut justifier avoir exposés pour les prestations afférentes, ce

sans préjudice du droit de la Caisse nationale de santé de récupérer les frais qu'elle a supportés.

Les dispositions organisant la documentation des diagnostics et des prestations effectuées, la transmission et la circulation des données et informations entre les prestataires de soins, les assurés, le Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé ainsi que les caisses de maladie sont fixés par règlement grand-ducal. »

31° A la suite de l'article 60bis il est inséré un nouvel article 60ter libellé comme suit :

« Art. 60ter. (1) Il est mis en place une « Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé », désignée ci-après par l'« Agence » qui a pour missions :

1) la réalisation, le déploiement, l'exploitation et la gestion administrative et technique d'une plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé, ainsi que d'applications et de systèmes informatiques de santé à l'échelle nationale, comportant :

- le dossier de soins partagé dont question à l'article 60quater ;
- d'autres projets informatiques à envergure nationale visant à faciliter l'échange, le partage ou une meilleure utilisation des données de santé ;
- les systèmes électroniques de communication avec la plateforme et ses applications, les mécanismes de sécurité et les autres services de base y liés ;
- la communication de données avec des plateformes similaires dans d'autres Etats membres de l'Union européenne ;

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 ;
- le support à la convergence des systèmes d'information de santé en termes d'implémentation des référentiels d'interopérabilité ;
- la vérification de l'implémentation des référentiels d'implémentation ;
- la veille au niveau des 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 ;

3) l'établissement et la tenue à jour d'un schéma directeur des systèmes d'information de santé, déclinant une stratégie nationale, articulée avec les priorités sanitaires du pays d'une part et les besoins d'échange et de partage des acteurs du secteur d'autre part. Ce schéma directeur organise en outre les projets et activités directement ou indirectement gérés par l'Agence, ainsi que les autres projets stratégiques de systèmes d'information contribuant au partage et à l'échange de données de santé, gérés directement par les acteurs du secteur ;

4) le conseil des autorités de tutelle en matière des choix stratégiques des systèmes d'information de santé.

L'Agence est soumise à l'autorité conjointe des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale. Elle soumet annuellement aux ministres de tutelle :

- le schéma directeur informatique dont question ci-avant ;
- son rapport annuel ;
- un budget prévisionnel pluriannuel, ainsi que les comptes de l'exercice écoulé.

(2) La fonction d'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.

L'Agence peut recourir aux services du Centre commun de la sécurité sociale pour la gestion des droits d'accès des personnes assurées et des prestataires de soins.

(3) Le financement des missions de l'Agence définies à l'alinéa 1 est pris en charge à raison de deux tiers par la Caisse nationale de santé et d'un tiers par l'Etat. L'Agence peut acquérir des fonds d'autres sources. »

32° A la suite de l'article 60ter il est inséré un nouvel article 60quater libellé comme suit :

«Art. 60quater. (1) L'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé tient à la disposition des prestataires et des patients un dossier de soins partagé.

(2) Le dossier de soins partagé regroupe les données médicales et autres informations concernant le patient, utiles et pertinentes afin de favoriser la sécurité, la continuité des soins, la coordination des soins, ainsi qu'une utilisation efficiente des services de soins de santé. Il comporte ainsi notamment :

- 1) les actes et données médicaux mentionnés à l'article 60bis, alinéa 1 ;
- 2) les prescriptions effectuées dans le domaine des analyses médicales de biologie clinique, d'imagerie médicale et de médicaments, et le cas échéant les résultats y afférents;
- 3) l'historique et les comptes rendus de la prise en charge de certaines prestations de soins de santé ;
- 4) des informations ou déclarations introduites par le patient lui-même.

(3) L'accès au dossier de soins partagé est réservé :

- 1) au médecin référent, au médecin traitant et aux professionnels de santé participant à la prise en charge du patient ;
- 2) sur sa demande, au Contrôle médical de la sécurité sociale ;
- 3) sur leur demande, aux officiers de police judiciaire de la Direction de la santé chargés d'une enquête ;
- 4) à la direction de l'établissement hospitalier pour les données des patients traités en leur sein, afin de pouvoir assurer la gestion des risques et la qualité des soins, ainsi que la planification de l'activité et de l'organisation des soins.

(4) Chaque patient peut à tout moment s'opposer au partage de données le concernant au sein d'un dossier de soins partagé.

Dans ce cas les données le concernant ne sont plus publiées, chaque prestataire peut toutefois avoir accès aux informations concernant les ordonnances, prescriptions, comptes-rendus ou autres actes qu'il a lui-même accomplis.

(5) L'Agence, la Direction de la santé, l'Inspection générale de la sécurité sociale et la Caisse nationale de la santé, échangent à l'aide de procédés automatisés ou non des informations rendues anonymes à des fins statistiques ou épidémiologiques. Les procédés automatisés se font moyennant interconnexion de données et sous garantie d'un accès sécurisé, limité et contrôlé.

(6) La Commission nationale pour la protection des données demandée en son avis, un règlement grand-ducal précise les modalités et conditions de la mise en place du dossier de soins partagé, notamment en ce qui concerne :

- 1) la procédure détaillée de création et de suppression du dossier de soins partagé ;
- 2) la procédure et les modalités d'accès au dossier par le patient et les prestataires et les modalités d'après lesquels le patient peut accéder aux traces d'accès à son dossier de soins partagé ;
- 3) la détermination de niveaux d'accès différents tenant compte des attributions des différentes catégories de prestataires ;
- 4) les procédures, les nomenclatures et les terminologies standardisées, les formats et autres normes, de même que les modalités techniques suivant lesquelles les informations et documents électroniques sont à verser au dossier de soins partagé ;
- 5) les délais dans lesquels les prestataires de soins, la Caisse nationale de santé et toute autre dépositaire ou détenteur d'éléments du dossier doit les verser au dossier de soins partagé ;
- 6) le cas échéant, l'ouverture d'un dossier de soins partagé pour les bénéficiaires de soins de santé au pays qui ne sont pas des assurés résidents ;
- 7) le cas échéant, les modalités de coopération et de transfert de données transfrontalières avec les autorités afférentes d'un autre Etat membre un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

Ce règlement grand-ducal précise également les modalités d'établissement et la forme des informations et des documents à verser au dossier de soins partagé. »

33° L'article 61, alinéa 2, point 3) prend la teneur suivante :

« 3) séparément pour les différentes professions de la santé ; »

34° L'article 64 prend la teneur suivante :

« Art. 64. Les conventions déterminent obligatoirement :

- 1) les modalités de la procédure de transmission et de circulation des données et informations des prestataires de soins avec les assurés, le Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé ainsi que les caisses de maladie, notamment par des formules standardisées pour les honoraires et les prescriptions, par des relevés ou tout autre moyen de communication ;
- 2) les engagements relatifs au respect de la nomenclature des actes pour les prestataires concernés ;
- 3) en cas de prise en charge directe par la Caisse nationale de santé, les conditions et les modalités de la mise en compte des intérêts légaux en cas de paiement tardif ;
- 4) la périodicité exprimée en années de la révision des tarifs non établis moyennant une lettre-clé ;
- 5) les modalités de l'application rétroactive des nouveaux tarifs à partir de la date d'échéance des anciens tarifs pour le cas exceptionnel où la valeur de la lettre-clé ou le tarif n'aurait pas pu être adapté avant cette échéance.

Pour les médecins et les médecins-dentistes, la convention détermine en outre obligatoirement :

- 1) les engagements relatifs au respect, dans le cadre des dispositions légales et réglementaires, de la liberté d'installation du médecin, du libre choix du médecin par le malade, de la liberté de prescription du médecin, du secret professionnel ;
- 2) les dispositions obligeant les médecins à s'abstenir de prescrire des prestations inutilement onéreuses et à veiller à une médication économique compatible avec l'efficacité du traitement, conforme aux données acquises par la science et conforme à la déontologie médicale ;
- 3) les modalités du dépassement des tarifs visés à l'article 66, alinéa 3 ;
- 4) les bonnes pratiques médicales opposables aux médecins et médecins-dentistes élaborées à partir de critères scientifiquement reconnus et permettant d'identifier les soins et prescriptions dépassant l'utile et le nécessaire ;
- 5) les sanctions financières en cas de non observation des bonnes pratiques médicales opposables consistant dans la restitution, éventuellement forfaitaire, de tout ou partie des honoraires afférents ou du paiement d'une partie des soins ou prescriptions à la Caisse nationale de santé;
- 6) les modalités de l'établissement des rapports d'activité des prestataires de soins prévus à l'article 418 et de l'évaluation d'éventuelles déviations constatées ;
- 7) le seuil minimal de prescription de médicaments pour lesquels une base de remboursement a été fixée conformément à l'article 22bis;
- 8) les domaines d'application de la rémunération salariée ;
- 9) les modalités d'application de la procédure de désignation, de changement et de retrait du médecin référent ainsi que le remplacement du médecin référent en cas d'absence.

Pour les prestataires de soins autres que les médecins et médecins-dentistes constitués sous forme de personne morale, la convention détermine en outre obligatoirement l'engagement de tenir une comptabilité suivant un plan comptable uniforme complété par une partie analytique. Le plan comptable ainsi que les modalités et les règles de la comptabilité analytique sont fixés par la Caisse nationale de santé.

Pour les prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2 sous 3) et 12), la convention détermine en outre obligatoirement :

- 1) les lignes directrices ainsi que les standards de référence en matière de qualité ;
- 2) l'engagement d'assurer la continuité des soins ;
- 3) les modalités de la documentation des soins, de la facturation et du paiement des prestations fournies ainsi que de leur vérification.

Pour les pharmaciens, la convention détermine en outre obligatoirement les règles applicables en cas de substitution d'un médicament à un autre dans le cadre de l'application de l'article 22bis. »

35° L'article 65 prend la teneur suivante :

« Art. 65. Les actes, services professionnels et prothèses dispensés par les prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1) à 7) et 12) et pris en charge par l'assurance maladie-maternité sont inscrits dans des nomenclatures différentes.

Dans chacune des nomenclatures des prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1) à 4) et 12), chaque acte ou service est désigné par la même lettre-clé et par un coefficient. La lettre-clé est un signe dont la valeur en unité monétaire est fixée par voie

conventionnelle. Le coefficient est un nombre exprimant la valeur relative de chaque acte professionnel inscrit dans chacune des nomenclatures visées au présent alinéa tenant compte notamment de la durée, de la compétence technique et de l'effort intellectuel requis pour le dispenser.

Dans la nomenclature des prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, point 1) les spécialités médicales et des normes de compétences spécifiques et d'expériences professionnelles sont détaillées. La nomenclature peut en outre prévoir une orientation prioritaire ou exclusive de la dispensation de certains actes suivant des filières des soins intégrées ou planifiées ou vers des centres de compétences tels que définis dans la loi sur les établissements hospitaliers.

Lorsque l'acte ou le service professionnel implique l'utilisation d'un appareil, la nomenclature peut fixer un forfait couvrant les frais directs et indirects résultant de l'utilisation de l'appareil.

Les nomenclatures peuvent prévoir une cotation forfaitaire pour un ensemble d'actes ou de services professionnels dispensés pour une période de traitement ou un traitement déterminé. Cette cotation forfaitaire s'impose pour les prestations de soins de la profession d'infirmier à l'égard des personnes dépendantes au sens du Livre V et pour les actes et services dispensés par les prestataires visés à l'article 61 sous 12).

Elles peuvent également prévoir la réduction ou l'augmentation du tarif des actes et services dans des conditions qu'elles déterminent.

Les nomenclatures des actes, services professionnels et prothèses sont déterminées par des règlements grand-ducaux sur base d'une recommandation circonstanciée de la Commission de nomenclature.

La Commission de nomenclature se compose de :

- 1) trois membres dont le président, désignés par arrêté conjoint des ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale et la Santé ; deux membres au moins doivent avoir la qualité de médecin ;
- 2) deux membres désignés par le comité directeur de la Caisse nationale de santé ;
- 3) deux membres désignés par le ou les groupements signataires de la convention pour les médecins ;
- 4) d'un membre désigné par le Collège médical ;
- 5) en fonction de la nomenclature en cause, un membre désigné par le ou les groupements signataires de la convention concernée ;
- 6) un membre désigné par le groupement représentatif des hôpitaux.

Pour chaque membre effectif un membre suppléant est désigné d'après les modalités prévues ci-dessus.

La Commission est assistée dans l'accomplissement de ses missions par la Cellule d'expertise médicale, à laquelle elle doit obligatoirement demander des avis des affaires dont elle est saisie.

La Commission de nomenclature peut se saisir elle-même de toute affaire relative à ses attributions. Elle peut être saisie également de toute proposition d'inscription, de modification ou de suppression d'actes, services ou fournitures par les ministres ayant dans

leurs attributions la Sécurité sociale ou la Santé, le Collège médical, le Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé, la Commission de surveillance ou encore par les parties signataires des conventions.

La modification du coefficient d'un acte ou service figurant dans la nomenclature doit intervenir avant le 1er décembre et ne prend effet que le 1er janvier de l'exercice suivant.

Le fonctionnement de la Commission, la procédure à suivre, les éléments constituant la demande standardisée d'inscription ainsi que l'indemnisation des membres et experts commis sont déterminés par un règlement grand-ducal. Ce règlement grand-ducal peut également prévoir des modalités de validation provisoire et de révision obligatoire. Dans les votes au sein de la commission, celui du président prévaut en cas de partage des voix.

Les frais de fonctionnement de la Commission sont entièrement à charge de l'Etat. »

36° A la suite de l'article 65 il est inséré un nouvel article 65bis ayant la teneur suivante :

«Art. 65bis. (1) Il est créée sous l'autorité des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale une Cellule d'expertise médicale qui a pour missions :

- 1) de proposer, en s'orientant suivant des référentiels acquis par la science, le libellé et les coefficients des actes, d'en produire une définition complète et d'en préciser les indications et les conditions d'application ;
- 2) de s'enquérir de l'évaluation scientifique des dispositifs médicaux et de procéder à l'émission de recommandations pour leur bon usage permettant de déterminer le bien-fondé de la prise en charge par l'assurance maladie-maternité ;
- 3) de contribuer à l'élaboration de standards de bonnes pratiques médicales prévues à l'article 64 et à leur promotion auprès des professionnels de la santé ;
- 4) d'analyser des avis concernant le résultat attendu d'un acte ou d'une source, en fonction de son intérêt diagnostique ou thérapeutique, de son impact sur la santé de la population et de son impact financier;
- 5) d'assurer le secrétariat et l'appui technique de la Commission de nomenclature et du Conseil scientifique.

La Cellule d'expertise médicale, qui est rattachée administrativement à l'Inspection générale de la sécurité sociale, est composée de façon pluridisciplinaire par des agents détachés par le Contrôle médical de la sécurité sociale, la Direction de la santé ou affectés par l'Inspection générale de la sécurité sociale.

La Cellule peut conclure des accords de partenariat avec des services spécialisés nationaux, internationaux ou étrangers en vue de la réalisation de ses missions.

La Cellule peut s'adjoindre des experts. Elle doit fournir des avis et des expertises à la demande des ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale ou la Santé ou la Caisse nationale de santé. Ces expertises ne peuvent porter sur l'évaluation de l'état de santé, de diagnostics ou traitements de patients individuels.

(2) Il est institué auprès de la Cellule d'expertise médicale un Conseil scientifique qui a pour mission d'élaborer et de contribuer à la mise en œuvre de standards de bonnes pratiques médicales.

Un règlement grand-ducal détermine la composition et le fonctionnement du conseil ainsi que l'indemnisation de ses membres et experts.»

37° L'article 66 prend la teneur suivante :

«Art. 66. Les tarifs des actes et des services professionnels opposables aux prestataires sont fixés en multipliant les coefficients prévus à l'article 65, alinéas 2 et 3, par la valeur des lettres-clés respectives.

Les valeurs des lettres-clés des nomenclatures des prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1) à 3) et 12) correspondent au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 et sont adaptées suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'Etat à l'exception des tarifs pour location d'appareils visés à l'article 65, alinéa 4.

Toutefois, les conventions pour les médecins et les médecins-dentistes prévoient obligatoirement les modalités du dépassement, à charge des assurés, des tarifs fixés conformément à l'alinéa qui précède :

- 1) pour les convenances personnelles sollicitées par les personnes protégées en milieu hospitalier et ambulatoire ;
- 2) après devis préalable pour les prothèses et autres prestations dentaires dépassant l'utile et le nécessaire. »

38° A l'article 67 le terme « revalorisation » est partout remplacé par le terme « adaptation ».

39° L'article 69 prend la teneur suivante :

« Art. 69. En l'absence d'accord avant le 31 décembre sur l'adaptation de la lettre-clé conformément à l'article 67, l'Inspection générale de la sécurité sociale convoque les parties en vue de la désignation d'un médiateur.

A défaut d'entente collective :

- 1) sur l'élaboration d'une nouvelle convention après un délai de négociation de six mois suivant la convocation faite par la Caisse nationale de santé ;
- 2) sur l'adaptation de la convention dans les six mois suivant la dénonciation totale ou partielle de l'ancienne convention ;
- 3) sur les dispositions obligatoires de la convention visées à l'article 64 et à l'article 66, alinéa 3, après un délai de négociation de six mois suivant la convocation faite par la Caisse nationale de santé,

l'Inspection générale de la sécurité sociale convoque les parties en vue de la désignation d'un médiateur.

Si les parties ne s'entendent pas sur la personne du médiateur, celui-ci est désigné par tirage au sort sur une liste comprenant six personnes ayant accepté cette mission. Cette liste est établie pour la durée de cinq années par les parties signataires de la convention et, à défaut, par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Le médiateur peut s'adjoindre un ou plusieurs experts. Il est assisté d'un fonctionnaire à mettre à sa disposition par l'Inspection générale de la sécurité sociale pour assurer le secrétariat administratif.

Un règlement grand-ducal détermine la procédure à suivre, les indemnités et les autres modalités d'application du présent article. »

40° L'article 70 prend la teneur suivante :

« Art. 70. (1) Lorsque la médiation déclenchée en vertu de l'article 69, alinéa 1, n'aboutit pas à un accord sur l'adaptation de la lettre-clé, le médiateur dresse un procès-verbal de non-conciliation qu'il transmet au Conseil supérieur de la sécurité sociale.

Le Conseil supérieur de la sécurité sociale rend une sentence arbitrale qui n'est susceptible d'aucune voie de recours. Elle doit être prononcée avant l'expiration de l'ancienne convention.

(2) Lorsque la médiation déclenchée en vertu de l'article 69, alinéa 2 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.

Les dispositions tenant lieu de convention sont alors arrêtées par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

(3) Les conventions et les sentences arbitrales s'appliquent à l'ensemble des prestataires dans leurs relations avec les personnes couvertes par l'assurance maladie-maternité. Elles sont applicables non seulement aux prestataires exerçant pour leur propre compte, mais également aux médecins et médecins-dentistes exerçant sous tout autre régime ainsi qu'aux autres prestataires exerçant dans le secteur extrahospitalier sous le régime du contrat de travail ou d'entreprise. »

41° L'article 71 est abrogé.

42° L'article 72 prend la teneur suivante :

« Art. 72. Il est institué auprès du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale une Commission de surveillance compétente pour instruire les affaires qui sont portées devant elle par la Caisse nationale de santé sur base :

- 1) des constatations relevées des rapports d'activité d'un médecin ou d'un médecin-dentiste par le Contrôle médical de la sécurité social en vertu de l'article 418 ;
- 2) des faits signalés par le président de la Caisse nationale de santé ou par son délégué susceptibles de constituer une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles auxquelles sont astreints les prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, ainsi que les personnes placées sous leur autorité ou agissant pour leur compte.

L'instruction a pour objet de constater dans le chef des prestataires visés à l'article 61, alinéa 2 :

- 1) l'inobservation des dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ayant abouti ou tenté d'aboutir à une demande, une prise en

charge ou un versement indu d'une prestation de soins de santé ou en espèces par l'assurance maladie-maternité ;

- 2) le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fautive, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information par l'institution de sécurité sociale compétente ou par le Contrôle médical de la sécurité sociale ;
- 3) les agissements ayant pour effet de faire obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'institution de sécurité sociale compétente ;
- 4) les manquements aux formalités administratives imposées par les dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ;
- 5) le refus du prestataire de reporter dans le dossier de soins partagé les éléments issus de chaque acte ou consultation, dès lors que l'assuré ne s'est pas explicitement opposé au report de cet acte ou consultation dans son dossier de soins partagé ;
- 6) la violation des bonnes pratiques médicales opposables ou du seuil de prescription des médicaments disposant d'une base de remboursement ;
- 7) la prescription ou l'exécution de prestations superflues ou inutilement onéreuses en violation de l'article 23, alinéa 1;
- 8) les agissements exposant l'assuré à des dépassements d'honoraires non conformes aux dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles.

La Commission est composée d'un président et de quatre délégués. En cas d'empêchement du président, la Commission est présidée par un vice-président. Le président et le vice-président sont nommés en raison de leur compétence juridique dans le domaine de la sécurité sociale, par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. Le président et le vice-président sont assistés par un secrétariat permanent, rattaché au ministère de la Sécurité sociale.

Pour chaque affaire le président désigne les quatre délégués suivant les modalités suivantes :

- 1) deux délégués sont choisis par le président sur une liste de dix personnes établie par le comité directeur de la Caisse nationale de santé. Cinq des délégués figurant sur cette liste représentent les secteurs visés aux points 1 à 4 de l'article 46 et cinq autres délégués les secteurs visés aux points 5 à 8 du même article ;
- 2) pour les affaires mettant en cause un médecin ou un médecin-dentiste, le troisième délégué est choisi sur une liste de cinq personnes établie par le Collège médical et le quatrième délégué est choisi sur une liste de cinq personnes établie par le groupement représentatif des médecins et des médecins dentistes ;
- 3) pour les affaires mettant en cause un autre prestataire visé à l'article 61, alinéa 2 que celui visé au point précédent, le troisième délégué est choisi sur une liste de cinq personnes établie par le Conseil supérieur des professions de santé et le quatrième délégué est choisi sur une liste de cinq personnes établie par chaque groupement professionnel signataire d'une des conventions visées à l'article 61, alinéa 2.

A défaut de listes présentées par le comité directeur de la Caisse nationale de santé, le Collège médical, le groupement représentatif des médecins et des médecins dentistes, le Conseil supérieur des professions de santé ou les groupements professionnels signataires d'une des conventions visées à l'article 61, alinéa 2, il appartient au ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions de les établir.

Un règlement grand-ducal détermine le fonctionnement de la Commission, la procédure à suivre ainsi que l'indemnisation des membres et des experts commis. Les frais de fonctionnement sont entièrement à charge de l'Etat. »

43° L'article 72bis est abrogé.

44° L'article 73 prend la teneur suivante :

« Art. 73. Dans le cadre de son instruction la Commission de surveillance convoque le ou les prestataires pour les entendre en leurs explications. Elle peut décider la mise en intervention du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué et du directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale ou de son délégué. Elle peut décider la jonction d'affaires.

La Commission de surveillance peut procéder à des mesures d'investigation qu'elle peut déléguer au président ou au vice-président. Elle peut recourir aux services d'experts et demander l'avis à la Cellule d'expertise médicale.

Si un litige porte tant sur une question visée à l'article 47, paragraphe 4, que sur une question visée à l'article 72, le litige visé à l'article 72 doit être vidé préalablement.

Le directeur du Contrôle médical ou son délégué peut prendre inspection de tous dossiers et documents médicaux en rapport avec les affaires portées devant la Commission et peut en exiger copie. Le droit d'inspection s'étend aux lieux où exerce le prestataire convoqué, ainsi qu'aux hôpitaux et établissements où celui-ci a effectué des soins.

Si, à la clôture de son instruction, la Commission de surveillance estime être en présence d'une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles au sens de l'article 72, alinéa 2, elle renvoie l'affaire devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

La Commission de surveillance peut préalablement à sa décision de renvoi décider de recourir à une médiation débouchant le cas échéant sur une transaction s'il lui apparaît qu'une telle mesure est susceptible de mettre fin aux pratiques contraires aux dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles visées à l'article 72, alinéa 2, d'en supprimer les effets et d'assurer la réparation du préjudice économique subi par la Caisse nationale de santé. »

45° A la suite de l'article 73 il est inséré un nouvel article 73bis libellé comme suit :

« Art. 73bis. Pour les affaires renvoyées par la Commission de surveillance, le Conseil arbitral de la sécurité sociale examine le rapport d'instruction de la Commission de surveillance et peut, après une procédure contradictoire en présence du prestataire, d'une part, et du directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale ou de son délégué ou bien du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué, d'autre part, prononcer à l'encontre du prestataire concerné, sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et disciplinaires, en fonction de la nature et de la gravité des faits dont il est reconnu coupable :

- 1) une amende d'ordre au profit de la Caisse nationale de santé, ne pouvant dépasser vingt cinq mille euros. En cas de récidive dans un délai de deux ans l'amende

- d'ordre ne peut être ni inférieure à vingt cinq mille euros ni supérieure à cinq cent mille euros ;
- 2) la restitution, à la Caisse nationale de santé, des montants indûment perçus, augmentés des intérêts légaux ;
 - 3) la soumission obligatoire et exclusive, pendant une période de cinq ans au plus, du prestataire au régime conventionnel prévoyant une prise en charge directe par la Caisse nationale de santé de toutes les prestations effectuées pour compte des assurés ;
 - 4) la limitation du nombre d'actes et de services professionnels par assuré en moyenne que le prestataire ne peut pas dépasser pendant une période future de trois années au plus, sous peine de restitution des honoraires afférents. Ce maximum peut s'appliquer à tout ou partie de l'activité du prestataire.

Les sanctions ci-dessus sont cumulables.

Si les faits incriminés ne sont pas imputables à un prestataire individualisé exerçant dans le cadre d'une association, les sanctions peuvent être prononcées solidairement à l'encontre de tous les membres de cette association.

Le Conseil arbitral de la sécurité sociale peut ordonner les mesures de publicité à donner à sa décision.

Les décisions du Conseil arbitral de la sécurité sociale sont susceptibles d'appel devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale quelle que soit la valeur du litige. L'appel qui, sous peine de forclusion, doit intervenir dans les quarante jours de la notification de la décision du Conseil arbitral de la sécurité sociale, a un effet suspensif.

Les montants à payer ou à restituer par le prestataire en application des dispositions du présent article ou de celui qui précède peuvent être compensés par la Caisse nationale de santé avec d'autres créances du prestataire ou être recouvrés par le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 429. »

46° L'article 74 prend la teneur suivante :

« Art. 74. Sur base d'un rapport d'analyse prévisionnel établi par l'Inspection générale de la sécurité sociale, la Caisse nationale de la santé et la Commission permanente pour le secteur hospitalier entendues en leur avis, le gouvernement fixe dans les années paires, au 1er octobre au plus tard, une enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier pour les deux exercices à venir.

Les éléments de l'enveloppe sont établis sur base de l'évolution démographique de la population résidente, de la morbidité, des pratiques d'une médecine basée sur des preuves scientifiques et en tenant compte de la croissance économique du pays. L'enveloppe est déterminée en outre par les dispositions du plan hospitalier. Un règlement grand-ducal peut préciser les règles d'établissement de l'enveloppe budgétaire globale et des budgets spécifiques des hôpitaux, ainsi que les éléments à inclure de façon forfaitaire.

En tenant compte de l'enveloppe budgétaire globale, la Caisse nationale de santé prend en charge les prestations du secteur hospitalier d'après des budgets arrêtés séparément pour chaque hôpital visé à l'article 60, alinéa 2 sur base de son activité prévisible pour deux exercices à venir. Sont opposables à la Caisse nationale de santé les coûts convenus entre la Caisse nationale de santé et l'hôpital des activités dûment autorisées en application de la

législation hospitalière. Les budgets comprennent l'amortissement des investissements mobiliers et immobiliers dans la mesure où ils sont conformes au plan hospitalier et n'ont pas été financés par les pouvoirs publics. Dans la mesure où l'investissement est soumis à une autorisation préalable en vertu d'une disposition légale ou réglementaire, l'amortissement n'est opposable que si cette autorisation a été accordée.

Ne sont pas opposables à la Caisse nationale de santé les prestations étrangères à l'objet de l'assurance maladie-maternité tel que défini à l'article 17 et de l'assurance accident tel que défini à l'article 97, ainsi que les prestations faites à titre de convenance personnelle de la personne protégée et celles fournies à des personnes non protégées au titre des livres I et II du présent code ou d'une convention bi-ou multilatérale en matière de sécurité sociale.

Sont portées en déduction des budgets hospitaliers opposables, les coûts des prestations opposables, rémunérées individuellement ou sous forme de forfaits et les participations des personnes protégées.

Pour les activités administratives, logistiques et auxiliaires médicales, la prise en charge peut être subordonnée à une organisation nationale des activités conformément aux dispositions prévues dans la loi sur les établissements hospitaliers.

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.

Chaque hôpital doit tenir une comptabilité suivant un plan comptable uniforme complété par une partie analytique reflétant les coûts liés aux différents services hospitaliers et différenciant les charges et recettes liées aux activités opposables ou non-opposables à l'assurance maladie-maternité. Le plan comptable ainsi que les modalités et les règles de la comptabilité analytique sont fixés par la Caisse nationale de santé.

Afin que la comptabilité analytique puisse prendre en compte le coût de l'activité médicale hospitalière et différencier les coûts liés aux différents traitements et aux prestations fournies par patient, la Caisse nationale de santé met à disposition de l'établissement hospitalier le relevé des actes prestés aux patients par les médecins y agréés. »

47° L'article 77 prend la teneur suivante :

« Art. 77. Annuellement avant le 1^{er} avril, l'Inspection générale de la sécurité sociale élabore une circulaire servant aux hôpitaux pour l'établissement de leurs budgets et comprenant l'estimation de l'évolution prévisible des facteurs économiques exogènes intervenant dans l'établissement des budgets.

Chaque établissement hospitalier soumet son budget pour les deux exercices à venir au plus tard le 1^{er} juillet à la Caisse nationale de santé.

Avant le 1^{er} janvier, la Caisse nationale de santé soumet par écrit tout différend éventuel à une commission des budgets hospitaliers instituée dans le cadre de la convention prévue à l'article 75. Cette commission est composée de deux représentants de la Caisse nationale de santé et de deux représentants des hôpitaux, dont un de l'hôpital concerné, ainsi que d'un président désigné d'un commun accord par les parties. Si les parties ne s'entendent pas sur

la personne du président, celui-ci est désigné d'après les modalités prévues à l'article 69, alinéa 2.

La commission est chargée d'une mission de conciliation dans le cadre de l'établissement des budgets à arrêter entre la Caisse nationale de santé et les différents hôpitaux. Si la commission ne parvient pas à concilier les parties dans les deux mois de la saisine, elle tranche le litige en dernier ressort avant le 1^{er} mars. »

48° L'article 78 prend la teneur suivante :

« Art. 78. La Caisse nationale de santé verse au début de chaque mois à chaque hôpital un montant correspondant à un douzième des frais annuels non liés à l'activité, prévus au budget établi conformément aux dispositions de l'article qui précède.

Les frais directement proportionnels à l'activité non couverts par des forfaits sont payés mensuellement en fonction des unités d'œuvre accomplies dans les différentes entités fonctionnelles de l'hôpital sur base d'un état justificatif comprenant par cas traité les unités d'œuvre réalisées.

Les forfaits sont payés mensuellement sur base d'un état justificatif. »

49° L'article 79 est complété d'un nouvel alinéa 3 libellé comme suit :

« Au plus tard douze mois après la fin de l'exercice en question, la Caisse national de santé arrête le décompte définitif.»

50° L'article 84, alinéa 4 est complété par la phrase suivante :

« Il en est de même du remboursement par la Mutualité des employeurs des charges salariales pendant la période prévue à l'article L. 121-6 du Code du travail.»

51° L'article 146, alinéa 2 prend la teneur suivante :

« Tout litige opposant un prestataire de soins à l'Association d'assurance accident dans le cadre de la prise en charge directe prévue à l'article 98 fait l'objet d'une décision du président ou de son délégué. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par le prestataire dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le Conseil arbitral de la sécurité sociale et à charge d'appel, quelle que soit la valeur du litige par le Conseil supérieur de la sécurité sociale. »

52° L'article 150 prend la teneur suivante :

« Art. 150. La charge des cotisations incombe à l'employeur en ce qui concerne les assurés visés à l'article 85 sous 1), 2), 3), 6), 9), 10) et 11), à la congrégation religieuse en ce qui concerne les assurés visés à l'article 85 sous 4) et à l'Etat en ce qui concerne les assurés visés à l'article 85 sous 5). La cotisation est à charge de l'assuré visé à l'article 85 sous 7), le cas échéant, en lieu et place du ou des assurés visés sous 8) du même article. »

53° L'article 172, alinéa 1, point 7) prend la teneur suivante :

« 7) les périodes à partir du 1^{er} janvier 1990 pendant lesquelles une personne a assuré des soins au bénéficiaire d'une allocation de soins prévue par la loi du 22 mai 1989, d'une

allocation spéciale pour personnes gravement handicapées au titre de la loi modifiée du 16 avril 1979, d'une majoration de la rente accident pour impotence ou d'une majoration de complément du revenu minimum garanti prévu par l'article 3, alinéa 4 de la loi modifiée du 26 juillet 1986; »

54° L'article 240, alinéa 1, points 1) et 2) prennent la teneur suivante :

- 1) «par parts égales aux assurés et aux employeurs pour autant qu'il s'agisse de périodes visées à l'article 171, 1), 5) et 11);
- 2) entièrement à charge de l'Etat pour les assurés visés à l'article 171, 8) et 12); »

55° L'article 249 prend la teneur suivante :

« Les conditions et modalités d'application de l'article 248 peuvent faire l'objet d'un règlement grand-ducal. »

56° L'article 306, paragraphe 6 prend la teneur suivante :

« L'indemnité est suspendue pendant la période du droit à l'indemnité pécuniaire de maternité prévu à l'article 25 du Code de la sécurité sociale. »

57° A l'article 349, alinéa 2 les termes « *aux articles 356, paragraphes 2 et 3, et 361* » sont remplacés par les termes « *aux articles 356, paragraphes 1 et 2, et 361* »

58° L'article 349, alinéa 4 prend la teneur suivante :

« Le bénéfice des prestations du présent livre est encore ouvert si la personne protégée requiert des soins palliatifs. »

59° L'article 350, paragraphe 6 prend la teneur suivante :

« (6) Par dérogation aux dispositions qui précèdent, la personne bénéficiaire de soins palliatifs a droit en dehors des actes essentiels de la vie, aux prestations prévues à l'article 350, paragraphe 2, et à la prise en charge des produits nécessaires et aides techniques prévus à l'article 356, paragraphe 1. »

60° L'article 377, alinéa 1 prend la teneur suivante :

« La contribution dépendance sur les revenus professionnels et les revenus de remplacement est due par les personnes assurées en vertu des articles 1^{er} à 6. Toutefois, elle est à charge de l'assuré principal, de la congrégation ou de l'Etat pour les personnes visées respectivement au numéro 5), au numéro 6) et aux numéros 7), 13) et 15) de l'article 1^{er} dans les conditions prévues à l'article 32. »

61° L'article 393 prend la teneur suivante :

« Art. 393. La Commission de surveillance visée à l'article 72 est également compétente pour instruire les affaires qui sont portées devant elle par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance sur base des faits signalés par le chargé de direction de la Cellule d'évaluation et d'orientation ou par son délégué susceptibles de constituer une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles auxquelles sont

astreints les prestataires visés aux articles 389, 390, 391 et 394, ainsi que les personnes placées sous leur autorité ou agissant pour leur compte.

L'instruction a pour objet de constater dans le chef des prestataires visés aux articles 389, 390, 391 et 394 :

- 1) toute inobservation des dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ayant abouti ou tenté d'aboutir à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation en nature ou en espèces par l'assurance dépendance ;
- 2) le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fautive, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information par l'institution de sécurité sociale compétente ou par la Cellule d'évaluation et d'orientation ;
- 3) tout agissement ayant pour effet de faire obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'institution de sécurité sociale compétente ou de la Cellule d'évaluation et d'orientation ;
- 4) tout manquement aux formalités administratives imposées par les dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ;
- 5) le refus du prestataire de reporter dans le dossier de soins partagé les éléments issus de chaque acte ou consultation, dès lors que l'assuré ne s'est pas explicitement opposé au report de cet acte ou consultation dans son dossier de soins partagé ;
- 6) la prescription ou l'exécution de prestations superflues ou inutilement onéreuses en violation de l'article 349, alinéa 3.

Pour chaque affaire le président désigne les quatre délégués suivant les modalités suivantes :

- 1) deux délégués sont choisis par le président sur une liste de dix personnes établie par le comité directeur de la Caisse nationale de santé composé conformément à l'article 381. Six délégués figurant sur cette liste représentent les secteurs visés aux points 1 à 4 de l'article 46 et quatre délégués les secteurs visés aux points 5 à 7 du même article ;
- 2) deux délégués sont choisis par le président sur une liste de dix personnes établie par chaque groupement professionnel signataire d'une convention prévue à l'article 388bis.

A défaut de listes présentées par le comité directeur de la Caisse nationale de santé composé conformément à l'article 381 ou les groupements professionnels signataires d'une convention prévue à l'article 388bis, il appartient au ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions de les établir.

L'article 72, alinéas 3 et 6 sont applicables. »

62° L'article 393bis prend la teneur suivante :

« Art. 393bis. Dans le cadre de son instruction la Commission de surveillance convoque le ou les prestataires pour les entendre dans leurs explications. Elle peut décider la mise en intervention du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué et du chargé de

direction de la Cellule d'évaluation et d'orientation ou de son délégué. Elle peut décider la jonction d'affaires.

La Commission de surveillance peut procéder à toute mesure d'investigation qu'elle peut déléguer au président ou au vice-président. Elle peut recourir au service d'experts et demander un avis à la Cellule d'évaluation et d'orientation.

Si un litige porte tant sur une question visée à l'article 383 que sur une question visée à l'article 393, le litige visé à l'article 393 doit être vidé préalablement.

Si, à la clôture de son instruction, la Commission de surveillance estime être en présence d'une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles au sens de l'article 393, alinéa 2, elle renvoie l'affaire devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

La Commission de surveillance peut préalablement à sa décision de renvoi décider de recourir à une médiation débouchant le cas échéant sur une transaction s'il lui apparaît qu'une telle mesure est susceptible de mettre fin aux pratiques contraires aux dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles visées à l'article 393, alinéa 2, d'en supprimer les effets et d'assurer la réparation du préjudice économique subi par la Caisse nationale de santé. »

63° A la suite de l'article 393bis il est inséré un nouvel article 393ter ayant la teneur suivante :

« Art. 393ter. Pour les affaires renvoyées par la Commission de surveillance, le Conseil arbitral de la sécurité sociale examine le rapport d'instruction de la Commission de surveillance et peut, après une procédure contradictoire en présence du prestataire, d'une part, et du chargé de direction de la Cellule d'évaluation et d'orientation ou de son délégué ou bien du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué, d'autre part, prononcer à l'encontre du prestataire concerné, sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et disciplinaires, en fonction de la nature et de la gravité des faits dont il est reconnu coupable :

- 1) une amende d'ordre au profit de l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance, ne pouvant dépasser vingt cinq mille euros. En cas de récidive dans un délai de deux ans l'amende d'ordre ne peut être ni inférieure à vingt cinq mille euros ni supérieure à cinq cent mille euros.
- 2) la restitution, à la Caisse nationale de santé, des montants indûment perçus, augmentés des intérêts légaux ;

Les sanctions ci-dessus sont cumulables.

Le Conseil arbitral de la sécurité sociale peut ordonner les mesures de publicité à donner à sa décision.

Les décisions du Conseil arbitral de la sécurité sociale sont susceptibles d'appel devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale quelle que soit la valeur du litige. L'appel qui, sous peine de forclusion, doit intervenir dans les quarante jours de la notification de la décision du Conseil arbitral de la sécurité sociale a un effet suspensif.

Les montants à payer ou à restituer par le prestataire en application des dispositions du présent article peuvent être compensés par la Caisse nationale de santé avec d'autres créances du prestataire ou être recouvrés par le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 429. »

64° L'article 418 prend la teneur suivante :

« Art. 418. Une administration de l'Etat dénommée «Contrôle médical de la sécurité sociale», placée sous la haute autorité du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale a dans ses attributions :

- 1) la constatation, de l'incapacité de travail au sens de l'article 9 du Code de la sécurité sociale;
- 2) la constatation de l'invalidité selon les critères de l'article 187 du même Code;
- 3) la constatation du préjudice physiologique et d'agrément et, le cas échéant, la fixation de son taux définitif sur base du barème visé à l'article 119;
- 4) les avis et examens médicaux en vue de déterminer les douleurs physiques endurées et le préjudice esthétique sur base des échelles visées à l'article 120;
- 5) les avis et examens médicaux en relation avec la perte de salaire en matière d'assurance accident, les procédures de reclassement ou les mesures de reconversion professionnelle ;
- 6) les examens de contrôle périodiques en relation avec l'incapacité de travail, l'hospitalisation et les cures;
- 7) l'autorisation de la prise en charge des traitements médicaux, médico-dentaires et paramédicaux, pour autant qu'elle est prescrite par les lois, règlements ou statuts, et leur surveillance;
- 8) l'avis au sujet des normes à établir par les statuts conformément à l'article 23 en vue de définir la consommation abusive de soins de santé par les assurés;
- 9) la constatation sur base des rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes établis par la Caisse nationale de santé par voie informatique selon les modalités arrêtées en vertu de l'article 64, alinéa 2, point 7) avec la collaboration du Centre commun de la sécurité sociale, sur base de la banque de données afférente de l'Association d'assurance accident, de la Caisse nationale de santé et des caisses de maladie, d'une éventuellement non observation des bonnes pratiques médicales opposables inscrites dans la convention ou de toute autre déviation injustifiée de l'activité professionnelle du prestataire ;
- 10) l'étude, l'examen et la recommandation de mesures appropriées en matière de prévention et de réadaptation ;
- 11) l'autorisation de la prise en charge de prothèses, orthèses et épithèses de tous genres, la surveillance de leur mise en place en bonne et due forme et le contrôle périodique afférent;
- 12) la vérification et le contrôle périodique des maladies ou infirmités donnant droit à des indemnités ou subventions à charge d'institutions ou de services à caractère social conformément aux dispositions légales, réglementaires ou statutaires;
- 13) les avis et examens médicaux en vue de l'octroi des cartes de priorité et d'invalidité;
- 14) la participation à l'établissement de statistiques concernant l'état de santé des personnes protégées;

- 15) la participation à l'information et à la formation continue du corps médical en matière de législation sociale;
- 16) les avis à fournir à la demande de la Caisse nationale de santé, notamment en matière de médicaments visés aux articles 22, 22bis et 22ter et des prestations de soins;
- 17) la constatation du droit aux soins palliatifs ;
- 18) l'assistance à la Caisse nationale de santé dans le cadre du contrôle des mémoires d'honoraires établis par les prestataires de soins ;
- 19) l'instruction du dossier portant saisine de la Commission de surveillance par la Caisse nationale de la santé ;
- 20) la saisine de la Commission de nomenclature en vue de l'introduction de nouveaux actes, de la précision du libellé d'actes litigieux ou de la révision d'actes existants.

Les attributions prévues à l'alinéa 1, points 1) à 6) et 12), sont exercées également pour les incapacités de travail indemnisées au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail, suivant des critères à définir par les statuts de la Caisse nationale de santé.

Les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale à caractère médical et à portée individuelle s'imposent aux institutions et administrations concernées qui peuvent demander de la part du Contrôle médical la motivation de son avis en vue d'appuyer leur position devant le Conseil arbitral et le Conseil supérieur de la sécurité sociale. Sans préjudice des dispositions qui précèdent, le Conseil arbitral et le Conseil supérieur de la sécurité sociale peuvent en tout état de cause instituer des experts indépendants. Si l'avis du Contrôle médical a été contredit par expertise médicale en première instance, l'institution ou l'administration concernée juge elle-même de l'opportunité de l'appel.

Si pour une même personne il y a contrariété entre les avis d'un médecin-conseil du Contrôle médical de la sécurité sociale et la Cellule d'évaluation et d'orientation, l'affaire est portée devant le médecin directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale qui arrête l'avis définitif.

En vue de l'attribution visée à l'alinéa 1, point 9, le Contrôle médical de la sécurité sociale est autorisé à créer une banque de données des incapacités de travail de tous les assurés. Les employeurs sont tenus de transmettre au Contrôle médical de la sécurité sociale, le cas échéant, sur support informatique les données nominatives concernant les congés de maladie des personnes relevant des caisses visées à l'article 44. »

65° L'article 421, alinéa 1 est abrogé.

Les alinéas 2 et 3 actuels deviennent les alinéas 1 et 2 nouveaux.

66° L'article 454, paragraphe 3, alinéa 6 prend la teneur suivante :

« Les chambres professionnelles désignent les candidats par vote secret à l'urne au scrutin de liste, suivant les règles de la représentation proportionnelle, l'ordre de présentation des candidats se faisant suivant les résultats obtenus lors de ce vote. En cas d'égalité de voix, la priorité revient au candidat le plus âgé. Les conditions et les modalités de la désignation des candidats sont déterminées par règlement grand-ducal. »

67° L'article 454, paragraphe 4 prend la teneur suivante :

« (4) Pour les litiges visés à l'article 47, paragraphes 2, 4 et 6, aux articles 72 et 73, les deux assesseurs visés à l'alinéa 1 du paragraphe qui précède sont choisis parmi les trois assesseurs nommés pour une durée de cinq ans par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale respectivement sur base d'une liste de candidats présentée en nombre double par le ou les groupements professionnels ayant signé chacune des conventions prévues à l'article 61, alinéa 2 ainsi que sur base d'une liste de candidats à présenter en nombre double par le comité directeur de la Caisse nationale de santé. »

68° L'article 454, paragraphe 7, alinéa 2 prend la teneur suivante :

« Sauf dans les cas prévus à l'article 47, paragraphes 2, 4 et 6, aux articles 59, 62, 70, 72bis, 73, 318, 382, 457 du présent Code et à l'article 24 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension, le Conseil supérieur de la sécurité sociale se compose en outre de deux assesseurs nommés pour une durée de cinq ans par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. Les dispositions du paragraphe 3 sont applicables. »

Art. 2. La loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers est modifiée comme suit :

1° L'article 1 est modifié comme suit :

a) Le point c) de l'alinéa 1 prend la teneur suivante :

« c) aux établissements d'accueil pour personnes en fin de vie ; »

b) L'alinéa 4 prend la teneur suivante :

« En outre ils peuvent accomplir une mission d'enseignement et de recherche en matière de santé. »

c) La définition de l'alinéa 5, sous c) prend la teneur suivante :

« c) établissement d'accueil pour personnes en fin de vie », tout établissement qui répond principalement aux besoins des personnes en fin de vie qui y accueillies, à l'exclusion de soins à visée principalement curative ; »

2° L'article 2 prend la teneur suivante :

«Art. 2. Le ministre ayant dans ses attributions la Santé assure la coordination de tous les établissements hospitaliers.

Un plan hospitalier national répondant tant aux besoins sanitaires du pays, qu'aux contraintes d'une utilisation efficiente des ressources du système hospitalier, en coordination avec les autres prestataires de soins de santé, sera établi par règlement grand-ducal, le collège médical et la Commission permanente pour le secteur hospitalier demandés en leurs avis, et sur la base des données à fournir par la carte sanitaire du Grand-Duché.

Le plan hospitalier:

- arrête les modalités détaillées selon lesquelles sont classés les différents établissements hospitaliers et procède au classement des établissements existants ;
- procède à la planification des services hospitaliers, y compris les nombres minimal et maximal de médecins pouvant être agréés, en fonction des besoins du pays en services hospitaliers.

Le plan hospitalier tient en outre compte des qualifications médicales et professionnelles, des équipements médico-techniques représentés ou pouvant être représentés, de l'activité médicale existante ou potentielle, des impératifs d'activité minimale, des filières de soins intégrées, ainsi que des modes de prise en charge préférentiels pour certaines maladies ou groupes de maladies.»

3° L'article 3 est modifié comme suit :

a) L'énumération de l'alinéa 1 est complétée par un point e) nouveau, ainsi rédigé :

« e) l'inventaire des établissements ou services prestataires en milieu extrahospitalier collaborant activement avec le secteur hospitalier dans le cadre de filières de soins intégrées ou de centres de compétences. »

b) L'alinéa 3 prend la teneur suivante :

« Le ministre ayant dans ses attributions la Santé peut par ailleurs recourir aux données dépersonnalisées des administrations publiques, des établissements publics ou d'autres organismes luxembourgeois ou étrangers, ainsi que des différents établissements hospitaliers, relatives:

- aux séjours hospitaliers des différents patients: diagnostics, interventions, techniques spéciales, services d'hospitalisation et durée de séjour, âge, date d'admission, destination du patient après sortie;
- à l'utilisation des équipements médicaux des établissements hospitaliers : fréquence des différentes prestations par patient hospitalisé et ambulatoire, nombre de patients ;
- à la fréquence et aux raisons du recours aux établissements hospitaliers étrangers. »

4° L'article 4, alinéa 2 est complété par la phrase suivante :

« Ces conditions particulières peuvent le cas échéant concerner les qualifications médicales et professionnelles ou les équipements médico-techniques représentés ou pouvant être représentés, des impératifs d'activité minimale, la participation à des filières de soins intégrées, ainsi que des modes de prise en charge préférentiels pour certaines maladies ou groupes de maladies.»

5° L'article 5, alinéa 1 est complété par la phrase suivante :

« Elle peut être subordonnée à des conditions particulières imposées dans l'intérêt de la santé publique. Ces conditions particulières peuvent le cas échéant concerner les

qualifications médicales et professionnelles ou les équipements médico-techniques représentés ou pouvant être représentés, des impératifs d'activité minimale, la participation à des filières de soins intégrées, ainsi que des modes de prise en charge préférentiels pour certaines maladies ou groupes de maladies.»

6° L'article 7, paragraphe 1 prend la teneur suivante :

« (1) Lorsqu'il appert, au vu d'un rapport du Directeur de la Santé qu'un établissement ou service hospitalier :

- ne répond plus aux normes établies conformément à l'article 10 de la présente loi, ou
- ne respecte pas les conditions particulières lui imposées dans l'intérêt de la santé publique conformément aux articles 2, 4 ou 5 de la présente loi, ou
- contrevient de façon itérative aux dispositions de la présente loi,

le ministre ayant dans ses attributions la Santé mettra l'organisme gestionnaire de l'établissement en question en demeure de se conformer aux normes dans un délai qu'il fixera et qui ne pourra pas être inférieur à une année ni dépasser cinq ans. Passé ce délai et à défaut par l'organisme gestionnaire de s'être conformé aux prescriptions, le ministre ayant dans ses attributions la Santé peut ordonner la fermeture de l'établissement ou du service après avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier. Ces avis doivent être fournis dans le mois de leur saisine. »

7° L'article 10, alinéa 2, point 2) prend la teneur suivante :

« 2) l'aménagement et l'organisation de chaque type de service, notamment les conditions minima concernant les infrastructures, les équipements, le personnel tant médical que paramédical ainsi que les procédures, les activités, et les modalités de documentation de l'activité, ainsi que l'évaluation des résultats d'activités. »

8° L'article 12 prend la teneur suivante :

« Art. 12. Sur décision de leurs organismes gestionnaires respectifs, des établissements hospitaliers peuvent s'associer et bénéficier des aides prévues à l'article qui précède, lorsqu'ils procèdent à des investissements communs ou à la fédération d'activités hospitalières.

Sans préjudice des dispositions applicables en vertu du statut juridique de leur regroupement, sont soumis à accord préalable du ministre ayant dans ses attributions la Santé :

- la composition, les attributions et les modalités des structures de décision communes ;
- les modalités organisationnelles et logistiques particulières convenues afin d'assurer le respect des dispositions de la présente loi, ainsi que les impératifs en matière de sécurité, continuité des soins et de qualité de la prise en charge. »

9° L'article 13, alinéa 2 prend la teneur suivante :

« Un règlement grand-ducal détermine les modalités détaillées de la procédure de demande, notamment en ce qui concerne :

- les délais et modalités d'instruction du dossier ;
- les pièces justificatives à joindre ;
- les cas dans lesquels une étude des besoins et de l'impact sur le système de santé est requise, ainsi que l'étendue et les modalités de cette étude. »

10° L'article 18 prend la teneur suivante :

« Art. 18. Il est institué un commissaire de Gouvernement aux hôpitaux, qui est nommé par le Gouvernement en Conseil sur proposition du ministre ayant dans ses attributions la Santé.

La mission du commissaire consiste à :

- contrôler l'affectation des subventions publiques ;
- contrôler la gestion administrative et financière des hôpitaux ;
- faire des propositions en relation avec une meilleure utilisation des ressources ;
- soutenir les projets d'intérêt commun et la fédération des activités des établissements hospitaliers ;
- de tenir, sur base des informations à fournir par les établissements hospitaliers, le registre des médecins agréés dans les différents services hospitaliers.

Le commissaire de gouvernement peut prendre connaissance sans déplacement, des livres, procès-verbaux, factures et généralement de toutes les écritures relatives aux opérations administratives et financières de l'établissement. Il peut assister avec voix consultative aux délibérations de toute commission ou organe consultatif sous tutelle du ministre ayant dans ses attributions la Santé, lorsqu'un tel organe est saisi d'une question concernant le secteur hospitalier.

Il rend notamment compte de sa mission au ministre ayant dans ses attributions la Santé au moyen d'un rapport annuel qu'il adresse avant le 1er avril de l'année suivant l'exercice budgétaire visé. »

11° L'article 19 est modifié comme suit :

a) L'alinéa 2, point 5) prend la teneur suivante :

« 5) les projets d'établissement. »

b) L'alinéa 4 prend la teneur suivante :

« La commission se compose:

- de deux représentants du ministre ayant dans ses attributions la Santé dont l'un est le Directeur de la Santé ou son représentant;

- de deux représentants du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité Sociale dont l'un est le directeur Contrôle médical de la sécurité sociale ou son représentant;
- d'un représentant du ministre ayant dans ses attributions le Budget;
- de trois représentants de la Caisse nationale de santé dont l'un est le président ou son représentant ;
- de deux représentants proposés par le groupement le plus représentatif des hôpitaux luxembourgeois ;
- de deux représentants des professions de la santé dont l'un est médecin proposé par l'association la plus représentative des médecins et médecins-dentistes et l'autre professionnel de santé proposé par le conseil supérieur des professions de santé. »

c) Les alinéas 8 et 9 prennent la teneur suivante :

« La commission est présidée par le directeur de la Santé ou son représentant. Elle peut se constituer en sous-commissions de travail et s'adjoindre des experts. Les avis de la commission sont pris dans le délai fixé par le ministre ayant dans ses attributions la Santé à la majorité des voix, chaque membre pouvant faire constater son vote au procès-verbal et y faire joindre un exposé de ses motifs. Le vote séparé et l'exposé des motifs sont transmis aux ministres compétents. En cas d'égalité des voix, celle du président est prépondérante.

Si les représentants de la Caisse nationale de santé opinent que la décision à prendre comporte des répercussions financières importantes pour l'assurance maladie-maternité, ils demandent une prolongation du délai fixé afin de faire examiner la proposition soumise par expertise à charge de la Caisse nationale de santé. La prolongation doit être accordée par le ministre ayant dans ses attributions la Santé et ne saurait être inférieure à trois mois. »

12° L'article 23 prend la teneur suivante:

« Art. 23. Dans chaque hôpital, groupement d'hôpitaux et établissement hospitalier spécialisé, l'organisme gestionnaire met en place des structures, processus et procédures en relation avec la gestion des risques, l'évaluation et la promotion de la qualité des prestations, ainsi que la prévention, le signalement et la 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. »

13° L'article 26 est modifié comme suit :

a) L'alinéa 1 prend la teneur suivante :

« Dans les hôpitaux,

- l'activité médicale s'exerce dans des services médicaux autorisés conformément aux articles 4 et 5 ci-avant et structurés conformément au projet de service établi 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 et disposant d'un accès aux équipements, structures médico-techniques et logistiques que requiert son exploitation.

- l'activité soignante s'exerce dans des services fonctionnels de soins.

Par service fonctionnel de soins on entend soit une ou plusieurs fonctions soignantes, soit un ensemble de plusieurs unités de soins, qui relèvent d'une gestion commune.

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 communes.»

b) L'alinéa 5 est abrogé.

14° A la suite de l'article 26 est introduit un article 26bis nouveau, rédigé comme suit :

« Art. 26bis. Un ou plusieurs services médicaux peuvent faire partie d'une filière de soins, qui est constituée par un ensemble des prestataires, médicaux et professionnels de santé, concomitants ou séquentiels, impliqués dans la prise en charge de patients présentant une maladie ou un groupe de maladies.

La filière de soins est reconnue « filière de soins intégrée » lorsque :

- l'intégration verticale et horizontale des prestataires fait l'objet d'accords dans le but d'une coordination des actions de santé et d'une responsabilisation commune des prestataires par rapport au devenir du patient et aux résultats de la prise en charge des patients auxquels la filière s'adresse ; et
- les conditions et modalités de l'intégration répondent aux exigences d'un contrat d'objectifs et de moyens conclu avec le ministre ayant dans ses attributions la Santé et la Caisse nationale de santé.

Un « centre de compétences » est :

- une entité organisationnelle rassemblant une ou plusieurs filière(s) de soins intégrée(s), assurant la prise en charge de patients présentant une maladie ou un groupe de maladies, et
- répondant aux exigences d'un contrat d'objectifs et de moyens conclu avec le ministre ayant dans ses attributions la Santé et la Caisse nationale de santé.

Préalablement à la conclusion d'un contrat d'objectifs et de moyens attribuant l'appellation « centre de compétences » ou « filière de soins intégrée » dont question aux alinéas qui précèdent, le ministre ayant dans ses attributions la Santé et la Caisse nationale de santé font appel aux prestataires à travers un cahier des charges préalable, qui renseigne sommairement les conditions et modalités du contrat d'objectifs et de moyens envisagé.

Le contrat d'objectifs et de moyens définitif fixe notamment les objectifs, les critères de qualification et de compétence des prestataires, de volume d'activité, les modalités de documentation des indicateurs de résultats et le contenu du rapport annuel d'activité.

Un règlement grand-ducal précise les modalités et détails de la procédure à suivre, y inclus les cas et conditions de renouvellement et de résiliation des conventions d'objectifs et de moyens attribuant l'appellation « centre de compétences » ou « filière de soins intégrée ».

15° L'article 29 est complété comme suit :

«Des médecins-coordonateurs, nommés par l'organisme gestionnaire et placés sous l'autorité du directeur médical, assurent le développement et la coordination de l'activité médicale d'un ou d'un 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. »

16° L'article 31 prend la teneur suivante:

« Art. 31. Le médecin hospitalier est lié à l'établissement hospitalier soit par un contrat d'agrément, soit par un contrat de travail. Le médecin hospitalier agréé 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, tout en respectant le cadre défini par l'organisme gestionnaire dans le règlement général visé à l'article 23, notamment pour ce qui est de la continuité des soins et des gardes, de la documentation des soins, de participation à la démarche qualité et à la prévention des risques, des relations interprofessionnelles au sein de l'institution et de l'utilisation efficiente des ressources disponibles. »

L'actuel 1er alinéa devient le 2e alinéa et reste inchangé.

17° L'article 33 prend la teneur suivante:

« Art. 33. La pharmacie hospitalière, obligatoire dans tout hôpital et établissement hospitalier visé à l'article 1er sous a) à c), fonctionne sous l'autorité et la surveillance d'un pharmacien-gérant.

Elle peut fonctionner sous forme d'un service intégré à l'établissement hospitalier ou être assurée à travers une structure interne réduite associée à une structure en dehors de l'établissement hospitalier, de façon à garantir la continuité des soins et les besoins urgents de l'établissement hospitalier. La structure en dehors de l'établissement hospitalier peut être une pharmacie hospitalière intégrée à un autre établissement hospitalier ou une structure à part commune à plusieurs établissements hospitaliers, qui peuvent, le cas échéant, relever de plusieurs régions hospitalières.

Un règlement grand-ducal détermine les conditions auxquelles la pharmacie hospitalière ou la structure à part doit répondre, notamment en ce qui concerne :

- les exigences et modalités d'organisation et d'aménagement, y inclus les surfaces et équipements minimaux requis ;
- les exigences et conditions auxquelles le pharmacien-gérant, les pharmaciens-assistants et le personnel doivent répondre, ainsi que leur statut et leurs attributions ;
- les conditions et exigences minimales du stock pharmaceutique ;
- l'organisation de la distribution des médicaments et autres produits relevant de la pharmacie hospitalière dans des conditions de sécurité et de qualité optimales, en assurant leur traçabilité ;
- les catégories de médicaments ou autres produits relevant de la pharmacie hospitalière qui peuvent être délivrés à des patients ne séjournant pas à l'hôpital, ainsi que les modalités et conditions sous lesquelles la délivrance peut se faire. »

18° Les articles 16, 21, 34 et 35 sont abrogés.

Dispositions financières

Art. 3. Par dérogation à l'article 28, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale, la limite inférieure de la réserve y prévue est réduite pour l'exercice 2011 à 7,5 pour cent, et pour l'exercice 2012 à 9 pour cent.

Pour faire face à des difficultés de trésorerie éventuelles, une ligne de crédit peut être ouverte sans frais par le comité directeur sur la réserve prévue à l'article 375 du Code de la sécurité sociale. L'article 41, alinéa 2, du même Code est applicable.

Art. 4. Par dérogation aux articles 65, alinéa 2 et 67 à 70 du Code de la sécurité sociale, les valeurs des lettres-clés des prestataires visées à l'article 65, alinéa 1 sont maintenues par rapport à leur valeur applicable au 31 décembre 2010 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 visés à l'article 61, alinéa 2, point 4) du même Code qui est fixée pour la même période à 0,3050.

Art. 5. Par dérogation à l'article 65 du Code de la sécurité sociale, un règlement grand-ducal détermine les réductions nécessaires à opérer sur les coefficients des actes et services prévus dans la nomenclatures des prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, point 1)

applicables au 31 décembre 2010, afin de dégager au profit de l'assurance maladie-maternité une économie correspondant pour l'exercice 2011 par rapport aux dépenses prévues pour 2010 à un montant de 8 millions d'euros au minimum et de 9 millions d'euros au maximum.

Par dérogation aux articles 21 et 22 du Code de la sécurité sociale, un règlement grand-ducal détermine également les adaptations à apporter aux conditions, modalités et taux de la prise en charge des actes, services et fournitures ainsi que des médicaments dispensés dans les pharmacies ouvertes au public afin de dégager au profit de l'assurance maladie-maternité une économie équivalente pour l'année 2011 par rapport aux dépenses prévues pour 2010 à un montant de 24 millions d'euros au minimum et de 26 millions d'euros au maximum.

Art. 6. Par dérogation à l'article 74 du Code de la sécurité sociale, la progression annuelle de l'enveloppe budgétaire globale pour la période du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2012 par rapport à l'année 2010 est fixée à 3 pour cent.

L'article 77 est suspendu pour les années 2011 et 2012.

Chaque établissement hospitalier soumet son budget pour les deux exercices à venir au plus tard le 1^{er} mars 2011 à la Caisse nationale de santé.

Avant le 1^{er} mai 2011, la Caisse nationale de santé soumet par écrit tout différend éventuel à une commission des budgets hospitaliers instituée dans le cadre de la convention prévue à l'article 75. Cette commission est composée de deux représentants de la Caisse nationale de santé et de deux représentants des hôpitaux, dont un de l'hôpital concerné, ainsi que d'un président désigné d'un commun accord par les parties. Si les parties ne s'entendent pas sur la personne du président, celui-ci est désigné d'après les modalités prévues à l'article 69, alinéa 2.

La commission est chargée d'une mission de conciliation dans le cadre de l'établissement des budgets à arrêter entre la Caisse nationale de santé et les différents hôpitaux. Si la commission ne parvient pas à concilier les parties dans les deux mois de la saisine, elle tranche le litige en dernier ressort avant le 1^{er} juillet 2011.

Art. 7. Par dérogation à l'article 30 du Code de la sécurité sociale, le taux de cotisation prévu à l'article 29, alinéa 1^{er} du Code de la sécurité sociale est fixé à 5,80 pour cent pour la période du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2011.

Disposition abrogatoire

Art. 8. L'article 18bis de la loi modifiée du 11 avril 1983 portant réglementation de la mise sur le marché et de la publicité des médicaments est abrogé.

Dispositions transitoires

Art. 9. Les anciens articles 47, 51, 72, 72bis, 73, 146, alinéa 2, 383, 393 et 393bis du Code de la sécurité sociale demeurent applicables pour les litiges ayant fait l'objet d'une décision présidentielle de l'institution compétente avant le 31 décembre 2010.

Aux fins de la constitution de la Commission de surveillance visée aux articles 72, 73, 73bis, 393, 393bis et 393ter nouveaux du Code de la sécurité sociale, il sera procédé au cours du

mois de janvier 2011 aux nominations et à l'établissement des listes d'après les dispositions de la présente loi.

Art. 10. Par dérogation aux dispositions de l'article 69, alinéa 2, point 3) du Code de la sécurité sociale, le premier délai de négociation disponible pour l'élaboration des dispositions obligatoires de la convention visées à l'article 64 et à l'article 66, alinéa 3 est fixé à dix-huit mois à partir de la convocation faite par la Caisse nationale de santé.

Art. 11. (1) Aux fins de la mise en place de la Cellule d'expertise médicale les ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale sont autorisés à procéder, au courant de l'exercice 2011, par dépassement des nombres limites prévus par la loi budgétaire à l'engagement, à titre permanent et à tâche complète :

- 1) pour les besoins de la Direction de santé d'un fonctionnaire de la carrière supérieure du médecin-chef de service ;
- 2) pour les besoins du Contrôle médical de la sécurité sociale d'un fonctionnaire de la carrière supérieure du médecin-conseil ;
- 3) pour les besoins de l'Inspection générale de la sécurité sociale 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.

(2) Pour les emplois prévus dans la carrière S au paragraphe 1 sous 3), l'Inspection générale de la sécurité sociale peut procéder par dérogation à l'article 3, alinéa 2 de la loi modifiée du 27 janvier 1972 fixant le régime des employés de l'Etat à l'engagement de l'expert en économie de la santé occupé actuellement dans le cadre d'un contrat de prestations de service et de la licenciée en mathématiques occupée dans le cadre d'un projet de recherche.

(3) Par dépassement des nombres limites fixées dans la loi budgétaire, le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale est autorisé à procéder au courant de l'exercice 2011 à l'engagement, à titre permanent et à tâche complète, de deux fonctionnaires de la carrière supérieure du médecin-conseil pour les besoins du Contrôle médical de la sécurité sociale.

(4) Par dépassement des nombres limites fixées dans la loi budgétaire, le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale est autorisé à procéder au courant de l'exercice 2011 à l'engagement, à titre permanent et à tâche complète, 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 moyenne du rédacteur pour les besoins de l'Inspection générale de la sécurité sociale.

Art. 12. L'Etat prend en charge 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 santé du fait de l'incorporation des prestations en espèces de maternité dans le régime général de l'assurance maladie-maternité.

Cette mesure sera réévaluée au plus tard fin 2013 sur base d'un rapport de l'Inspection générale de la sécurité sociale portant sur les prestations en espèces de maternité.

Mise en vigueur

Art. 13. La présente loi sort ses effets au 1^{er} janvier 2011, à l'exception de l'article 1^{er}, point 11 introduisant un nouvel article 22bis dans le Code de la sécurité sociale et de l'article 1^{er}, point 47 modifiant l'article 74, alinéa 7 du Code de la sécurité sociale qui entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2012.

Commentaire des articles

Article 1^{er}

Cet article regroupe les modifications apportées au Code de la sécurité sociale.

Point 1^o - article 2, alinéa 1 CSS

Le Centre commun ne procède pas au recouvrement forcé des cotisations d'assurance volontaire. Le coût de ce mode de recouvrement serait le plus souvent disproportionné par rapport aux montants à recouvrer et risquerait par ailleurs de s'avérer inefficace comme s'adressant à des débiteurs sans revenus professionnels, donc en général très peu solvables. En matière d'assurance pension volontaire, le non paiement des cotisations est sanctionné par la résiliation de l'assurance et l'absence de prestations au moment de l'échéance du risque. Il en est actuellement différemment en ce qui concerne l'assurance maladie-maternité continuée qui ouvre immédiatement droit aux prestations. Aussi importe-t-il de prendre les mesures nécessaires pour éviter dans la mesure du possible que les assurés volontaires aient droit aux prestations de soins de santé tout en échappant au paiement des cotisations afférentes.

Le délai pour la présentation de la demande en admission à l'assurance maladie-maternité continuée est réduit de 6 à 3 mois. La rupture du parallélisme avec l'assurance pension volontaire où le délai reste fixé à 6 mois est acceptable, vu que la grande majorité des personnes assurées volontairement en matière d'assurance maladie-maternité ne le sont pas dans le cadre de l'assurance pension. La réduction doit s'accompagner d'une amélioration de l'information écrite des assurés désaffiliés. Elle présente un avantage important, puisqu'elle évite l'accumulation d'une dette de cotisations de 6 mois que l'assuré volontaire est souvent incapable de régler.

Considérant qu'en cas de cessation de l'affiliation obligatoire, le droit aux prestations de soins de santé est maintenu pour le mois en cours et les trois mois subséquents (à condition d'une période continue d'affiliation obligatoire de 6 mois précédant immédiatement la désaffiliation conformément à l'article 8 des statuts de la Caisse nationale de santé), il est prévu d'introduire cette condition de stage de 6 mois pour l'admission à l'assurance maladie-maternité continuée. Elle se retrouve dans d'autres dispositions légales, notamment en matière d'octroi de l'indemnité pécuniaire de maternité (article 25, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale) et de maintien du droit à l'indemnité pécuniaire de maladie dans le cadre d'un contrat à durée déterminée (article 14, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale). Les personnes ne remplissant pas cette condition de stage auront la possibilité de contracter une assurance maladie-maternité facultative laquelle n'ouvre toutefois droit aux prestations qu'après un délai de carence de trois mois. A noter que l'assistance publique assure tant la gratuité médicale en faveur des personnes indigentes que le paiement des cotisations de l'assurance maladie-maternité volontaire.

Point 2^o - article 8 CSS

La transition du système de financement direct des prestations de l'Etat des frais de maternité vers une prise en charge de ces frais intégrée dans le système de financement général de l'assurance maladie-maternité, nécessite une adaptation de l'énumération de l'objet général de l'assurance maladie-maternité. L'indemnité pécuniaire de maternité doit

être énumérée séparément, tandis que les prestations en nature de la maternité sont couvertes par le terme spécifique de « *soins de santé* ».

En application du nouvel article 17, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé pouvant prendre l'initiative de mesures de médecine préventive, l'objet général de l'assurance maladie-maternité doit être complété en ce sens. La prise en charge de ces mesures de médecine préventive n'étant pas intégrale tant du point de vue financier qu'organisationnel, la disposition afférente précise qu'il s'agit d'une « *participation* » à des mesures de médecine préventive.

Points 3 à 4° - articles 10 et 12 CSS

L'adaptation des premiers alinéas des articles 10 et 12 du Code de la sécurité sociale devient nécessaire suite à l'introduction d'un taux unique de cotisation pour l'assurance maladie-maternité, tel que défini à l'article 29 du Code de la sécurité sociale. Cette disposition implique que les assiettes de cotisation ne peuvent plus être prises comme référence pour le calcul des indemnités pécuniaires et qu'il y a lieu de se référer aux revenus professionnels définis aux articles 34 à 36.

Point 5° - article 17 CSS

L'énumération des prestations de soins de santé prises en charge par l'assurance maladie-maternité est modifiée afin de choisir une terminologie plus moderne souvent puisée des instruments juridiques européens.

Le point 5 est reformulé et complété des implants ostéo-intégrés utilisés en dentisterie.

L'actuelle définition du simple hébergement étant reprise dans le point 9 relatif aux traitements en milieu hospitalier, l'alinéa 2 de l'article 17 est supprimé.

Le point 13 est reformulé afin d'insérer les soins palliatifs dans le droit commun de l'assurance maladie-maternité.

La disposition relative aux mesures de médecine préventive est reformulée afin de permettre à la Caisse nationale de santé de prendre l'initiative d'organiser de telles mesures de médecine préventive en collaboration avec la Direction de la santé. Les modalités de réalisation et de financement sont organisées dans le cadre de conventions conclues entre les ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale, la Caisse nationale de santé et, le cas échéant, des services spécialisés, comme par exemple la collaboration actuelle de l'école du dos organisée au niveau du service de santé multisectoriel.

Les termes « *analyses et examens de laboratoire* » sont remplacés par les termes « *analyses médicales de biologie clinique* »; les termes « *les produits et spécialités pharmaceutiques* » sont remplacés par les termes « *les médicaments, le sang humain et les composants sanguins* ».

Point 6° - article 19, alinéa 1 CSS

Le principe général du libre choix du prestataire est soumis à des restrictions dans le cadre des centres de compétences et des filières de soins intégrées visant une meilleure coordination et une meilleure allocation des ressources du secteur hospitalier.

Le nouvel article 26bis de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers donne les définitions suivantes :

« La filière de soins est reconnue « filière de soins intégrée » lorsque :

- 1) l'intégration verticale et horizontale des prestataires fait l'objet d'accords dans le but d'une coordination des actions de santé et d'une responsabilisation commune des prestataires par rapport au devenir du patient et aux résultats de la prise en charge des patients auxquels la filière s'adresse et
- 2) les conditions et modalités de l'intégration répondent aux exigences d'un contrat d'objectifs et de moyens conclu avec le ministre ayant dans ses attributions la Santé et la Caisse nationale de santé.

Un « centre de compétences » est :

- 1) une entité organisationnelle rassemblant une ou plusieurs filière(s) de soins intégrée(s), assurant la prise en charge de patients présentant une maladie ou un groupe de maladies, et
- 2) répondant aux exigences d'un contrat d'objectifs et de moyens conclu avec le ministre ayant dans ses attributions la Santé et la Caisse nationale de santé.

Préalablement à la conclusion d'un contrat d'objectifs et de moyens attribuant l'appellation « centre de compétences » ou « filière de soins intégrée » dont question aux alinéas qui précèdent, le ministre ayant dans ses attributions la Santé et la Caisse nationale de santé font appel aux prestataires à travers un cahier des charges préalable, qui renseigne sommairement les conditions et modalités du contrat d'objectifs et de moyens envisagés.

Le contrat d'objectifs et de moyens définitif fixe notamment les objectifs, les critères de qualification et de compétence des prestataires, de volume d'activité, les modalités de documentation des indicateurs de résultats et le contenu du rapport annuel d'activité.

Un règlement grand-ducal précise les modalités et détails de la procédure à suivre, y inclus les cas et conditions de renouvellement et de résiliation des conventions d'objectifs et de moyens attribuant l'appellation « centre de compétences » ou « filière de soins intégrée ».

Point 7° - article 19, alinéa 3 CSS

L'actuel terminologie « *pathologie inhabituelle* » ne permettant pas d'assimiler les traitements faits avec une technique non reprise par la nomenclature parce qu'elle est rarement pratiquée dans la pratique courante ou innovante, l'alinéa 3 est reformulé : l'assimilation est faite au cas par cas en passant par la procédure décisionnelle ordinaire, sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Point 8° - article 19bis CSS

L'introduction du principe du médecin référent repose sur l'idée de coordonner et de mieux organiser les soins dispensés au patient, en parallèle avec l'outil de la coordination des soins qu'est le dossier de soins partagé du patient introduit à l'article 60quater.

Le médecin référent sera le médecin du premier recours, le premier maillon dans la chaîne du parcours de soins du patient. En suivant ses patients sur la longue durée, il est le mieux placé pour les conseiller dans les démarches de soins à entamer, pour leur indiquer les

spécialistes les mieux adaptés à leur état de santé et pour faire un suivi de prévention et de dépistage de diverses maladies.

Puisqu'il a une vue globale de l'état de santé de ses patients, le médecin référent arrive notamment à mieux maîtriser la surconsommation de médicaments, à mieux détecter les contre-indications, à éviter un usage systématique et non-nécessaire des polycliniques, à rendre le dépistage et la prévention des maladies plus efficaces.

L'assuré reste libre de choisir ou non un médecin référent, tout comme ce dernier reste libre d'accepter ou non d'être médecin référent d'un patient donné. Ainsi, le patient ne peut désigner un médecin comme médecin référent que si ce dernier marque son accord. Dans un souci de libre choix de l'assuré, ce dernier peut également changer de médecin référent. En outre, le choix d'un médecin référent est lié à une durée minimale d'un an. Ces modalités seront précisées par règlement grand-ducal.

Le médecin référent sera normalement un médecin généraliste respectivement un médecin pédiatre pour les enfants. Cette mesure fait partie de la démarche globale de renforcer le rôle du médecin généraliste, qui devrait évoluer vers un statut de « médecin spécialiste en médecine générale » avec un parcours de formation universitaire et de formation continue correspondant. Toutefois, le médecin référent peut aussi être médecin spécialiste, notamment afin de respecter le libre choix du patient et considérant que dans certains cas limités un tel choix peut être médicalement indiqué. Néanmoins, la désignation du médecin référent implique aussi différentes obligations pour celui-ci, découlant notamment du suivi régulier du dossier de soins partagé de l'assuré.

La rémunération des missions du médecin référent sont à inscrire dans la nomenclature des médecins et médecins-dentistes. Elle doit être en relation au gain lié à une meilleure coordination des soins et à une utilisation plus rationnelle du système de soins de santé.

On entend par coordination des soins de santé, l'inscription du patient dans un parcours de soins, dans lequel il va consulter en premier lieu son médecin référent avant d'être orienté, en cas de nécessité, vers un autre médecin hospitalier ou extra-hospitalier. Le médecin référent se coordonne avec les autres médecins consultés par l'assuré, afin d'assurer une organisation et une utilisation plus cohérente du système de santé. Le choix du médecin référent doit amener le patient à suivre un véritable parcours de soins dans lequel le choix des médecins spécialistes et des médicaments doit être rationnel et proportionnel à ses besoins de santé personnels. S'il réfère le patient vers un médecin spécialiste, le médecin référent doit organiser un véritable dialogue entre confrères afin de proposer les soins les mieux adaptés.

Le médecin référent a comme principales missions d'assurer le premier niveau de recours aux soins, d'assurer les soins de prévention et d'accompagner les soins de longue durée, ceci de nouveau dans un but d'éviter la surconsommation de médicaments, de consultations excessives etc. Ces missions s'inscrivent dans un but de prévention personnalisée des risques de santé en connaissance du dossier de chaque patient. A cette fin, le médecin référent se réfère régulièrement au dossier de soins partagé auquel il a accès.

Le médecin référent a un rôle d'information, d'orientation et de conseil envers son patient, afin de lui garantir la meilleure prise en charge et le traitement le plus adapté à sa pathologie bien particulière.

Un règlement grand-ducal fixe les qualifications, les droits et obligations du médecin référent. Les modalités de désignation, de changement, de remplacement ou de retrait du médecin référent sont fixées au niveau conventionnel entre l'organisme représentatif des prestataires de soins et l'Association des médecins et médecins-dentistes.

Les assurés sont libres de choisir ou non un médecin référent. S'ils font le choix d'entrer dans le système du médecin référent, ils restent toujours libres de consulter directement un médecin spécialiste sans passer par le médecin référent. Cependant, si l'assuré a choisi un médecin référent et s'il dispose d'une prescription préalable de ce dernier avant de consulter un médecin spécialiste, il peut bénéficier dans certains cas à définir dans les statuts de la Caisse nationale de santé d'un remboursement préférentiel.

Point 9° - article 21 CSS

Cet article reprend l'alinéa 1 de l'article 22 actuel.

Point 10° - article 22 CSS

Le nouvel article 22 reprend les anciens alinéas 2 à 8 de l'article 22 et les anciens alinéas 5 et 6 de l'article 47 afin de regrouper toutes les dispositions relatives à la liste positive de médicaments.

Point 11° - article 22bis CSS

La présente loi introduit, à l'image des législations française et belge, un système de base de remboursement, qui est institué en vue de favoriser 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.

La base de remboursement est constituée par un prix calculé à partir des prix publics de médicaments comparables, qui représente celui que l'assurance maladie-maternité est disposée à prendre en charge pour un conditionnement donné, avec une visée thérapeutique identique et jugée équivalente à des médicaments comportant les mêmes caractéristiques thérapeutiques, mais plus chers.

Pour établir la liste de ces médicaments, il incombe, dans une première phase, au Directeur de la Santé d'établir la liste des médicaments sans brevet et d'y regrouper tous les médicaments similaires suivant la classification internationale ATC (« Anatomical therapeutical chemical classification ») plus amplement décrite dans la réglementation nationale et internationale. Cette liste est établie d'après des critères strictement scientifiques et ne comporte pas d'indications sur le prix. Cette mesure, qui vise non seulement à respecter le départage entre les missions de la Santé, responsable de la santé publique et les objectifs de l'assurance maladie-maternité, dont les appréciations peuvent être guidées par des critères économiques, se justifie surtout par le besoin d'une appréciation scientifique indépendante. C'est parmi les médicaments dont l'équivalence est constatée par la Direction de la santé que la Caisse nationale de santé choisit les groupes de médicaments pour lesquels elle fixe une base de remboursement.

Pour déterminer cette base de remboursement, la Caisse nationale de santé procède à une classification des principes actifs sur base du dosage, de la forme pharmaceutique, de la voie d'administration et du conditionnement. Le montant de la prise en charge est déterminé en comparant le prix unitaire public le plus élevé avec le moins élevé.

Un règlement grand-ducal détermine les modalités d'établissement et de calcul de la base de remboursement.

L'assuré peut toujours se faire délivrer un produit plus cher (si celui-ci est prescrit par son nom de marque), mais la prise en charge par l'assurance maladie-maternité se fait en application de la base de remboursement fixée par la Caisse nationale de santé. Lors de la délivrance par le pharmacien, ce dernier a l'obligation d'informer l'assuré et de lui proposer une substitution par le médicament le plus économique du même groupe, proposition que l'assuré peut accepter ou refuser.

L'arrêté royal grand-ducal ayant valeur de loi, la présente disposition a pour objet de déroger à l'article 5 précisant que : « *les pharmaciens exécuteront exactement les prescriptions des gens de l'art, et ne pourront jamais rien y changer, par exemple, substituer une substance à une autre, même lorsque cela ne serait pas nuisible, sous peine d'une amende de 10 fl. pour chaque contravention.* »

Point 12° - article 22ter CSS

La compétence pour la fixation du prix public des médicaments est transférée du ministère de l'Economie au ministère de la Sécurité sociale.

Point 13° - article 23, alinéa 2 CSS

L'actuel article 23, alinéa 2 est complété par deux sanctions : l'avertissement et la domiciliation auprès d'un prestataire déterminé. En outre la restitution du montant indûment touché est formellement prévue, de même que la procédure de compensation et de recouvrement.

Point 14° - article 24 CSS

La présente modification a pour objet d'adapter l'énumération des cas de tiers payant : le tiret actuel « - en cas de séjour de douze heures au moins en milieu hospitalier, l'ensemble des frais d'entretien et de traitement, à l'exception des honoraires médicaux » est remplacé par le point « - en cas de traitement en milieu hospitalier, l'ensemble des frais de traitement » ; les termes « - les médicaments produits et spécialités pharmaceutiques, dispensés en dehors du milieu hospitalier stationnaire » sont remplacés par les termes « les médicaments » ; les termes « les analyses et examens de laboratoire » sont remplacés par les termes « les analyses médicales de biologie clinique. »

Tel que prévu au programme gouvernemental l'avant dernier alinéa de cet article prévoit encore l'introduction du tiers payant social dispensant les assurés confrontés à des situations de détresse et de pauvreté considérable, de passer par le système de remboursement sur paiement préalable des prestations de soins de santé. La constatation de l'état d'indigence est faite par les offices sociaux tels que réformés par la loi du 18 décembre 2009 organisant l'aide sociale. Les modalités de la prise en charge directe sont fixées dans les statuts et dans les conventions respectives.

Afin de mieux informer et responsabiliser l'assuré un relevé périodique des prestations fournies dans le cadre du tiers payant lui est envoyé par la Caisse nationale de santé.

Point 15° - article 26 CSS

L'actuel article 26 énumère les prestations en nature de maternité : les soins d'une sage-femme, l'assistance médicale, le séjour dans une maternité ou clinique, les fournitures

pharmaceutiques et les produits diététiques pour nourrissons. Actuellement ces prestations sont prises en charge forfaitairement suivant les modalités fixées chaque année par règlement grand-ducal. Du fait de l'intégration du financement des prestations de maternité dans le financement normal par cotisations des soins de santé, les articles généraux 8 et 17 ont été adaptés et lesdites prestations de maternité sont incluses dans les prestations de soins de santé. La fixation par règlement grand-ducal d'un forfait d'accouchement annuel devient dès lors superfétatoire.

Point 16° - article 28, alinéa 2 CSS

La modification de cet alinéa précise la notion de « cotisations » se composant d'une part fixée par un taux de cotisation et de la participation de l'Etat.

Point 17° - article 29 CSS

Le projet de loi prévoit l'intégration des prestations de maternité dans le régime général de l'assurance maladie-maternité. Si l'intégration des prestations en nature liées à la maternité dans les soins de santé peut se faire facilement, il y a lieu de constater que l'intégration des prestations en espèces correspondantes, se composant du congé de maternité et des frais liés à la dispense de travail, sans oublier le congé pour raisons familiales, aurait menée à un changement fondamental du taux de participation de l'Etat et du taux cotisation pour les prestations en espèces, notamment dû au fait que le volume des prestations en espèces de maternité dépasse largement celui lié aux indemnités pécuniaires normales et affiche une dynamique de croissance considérable.

L'une des prémisses du projet de réforme a été de ne pas intégrer des éléments touchant essentiellement aux indemnités pécuniaires avant la stabilisation et l'évaluation de la réforme du statut unique et avant les conclusions du Groupe de haut niveau « Absentéisme » institué dans ce cadre. Dans un souci d'une cohérence maximale avec la situation actuelle, il en découlait dès lors de préserver les montants correspondants pour les taux de cotisation des prestations en nature et en espèces. Pour la participation de l'Etat, les trois apports distincts pour les prestations en nature, en espèces et de maternité, fixés respectivement à 37%, 29,5 et 100%, sont rassemblés dans un taux de participation unique de 40% (cf. article 31 CSS).

Pour les cotisations des assurés et de leurs employeurs, la solution proposée est de ne plus faire de distinction au niveau du taux de cotisation entre les différentes prestations et gestions. Le présent article prévoit l'introduction d'un taux de cotisation pour les prestations en espèces et les prestations en nature de l'assurance maladie-maternité. Il s'agit d'un taux variable global pour les assurés et les employeurs à fixer suivant les dispositions classiques des articles 29 et 30 du Code de la sécurité sociale. Dorénavant, toutes les charges de l'assurance maladie-maternité y compris la dotation à la réserve et le remboursement à la Mutualité sont financées par cet unique taux de cotisation. Il correspond globalement au niveau de celui pour soins de santé actuel (fixé à 5,4%).

Le deuxième alinéa prévoit une majoration de 0,5 pour cent du taux de cotisation pour les assurés qui ont droit à une prestation en espèce. Cette majoration est introduite afin de ne pas défavoriser ceux qui n'ont pas droit à une indemnité pécuniaire comme par exemple les pensionnés. Ce pourcentage, qui correspond au niveau du taux de cotisation pour indemnités pécuniaires actuel, est inscrit directement dans la loi.

Point 18° - article 30 CSS

Il s'agit d'une adaptation formelle. En effet, il faut seulement encore fixer un taux de cotisation pour financer les charges de l'assurance maladie-maternité.

Point 19° - article 31 CSS

Du fait de l'intégration du financement des prestations de maternité dans le financement normal, par cotisations, des soins de santé respectivement des prestations en espèces, la participation financière de l'Etat aux prestations de maternité ne s'effectuera plus par une prise en charge directe des frais, mais par le biais d'une participation aux cotisations. Cette intégration permet de simplifier les procédures administratives de la Caisse nationale de santé, car il n'y a plus de décompte des frais avec l'Etat à établir. Les tarifs médicaux applicables en cas d'accouchement ne seront plus fixés par un règlement grand-ducal à part. Ils seront désormais soumis à la même procédure que les autres actes de la nomenclature médicale et on espère donc freiner le rythme d'évolution de ces actes.

La transition du système de financement direct des prestations de l'Etat des frais de maternité vers une prise en charge des ces frais intégrée dans le système de financement général de l'assurance maladie-maternité doit, dans l'immédiat, être neutre d'un point de vue financier. La détermination du taux de contribution futur de l'Etat se fait donc sur base de son apport financier actuel aux prestations, de sorte à maintenir les taux de cotisations pour les soins de santé et pour les indemnités pécuniaires à leur niveau actuel.

Le taux de contribution de l'Etat au financement de l'assurance maladie-maternité s'élevait en 2009 à 41,2 %.

L'équilibre financier de l'assurance maladie-maternité sur les quatre années à venir va être assuré d'un côté par des mesures d'épargne et de limitation de la croissance des dépenses et de l'autre côté par une légère augmentation du taux de cotisation à charge des assurés et des employeurs.

La fixation de la participation financière de l'Etat à un taux unique pour les différents risques couverts par l'assurance maladie-maternité est faite de sorte à garder constante la participation effective de l'Etat. Ainsi, le taux de contribution est fixé à 40 % des cotisations.

L'intégration des prestations en espèces de maternité et du congé pour raisons familiales permet de regrouper tous les types de remplacement de salaire qui se rapportent à la maternité ou à la famille et qui sont actuellement gérés dans le cadre de l'assurance maladie-maternité :

- Les indemnités pécuniaires de maternité proprement dites ;
- Le congé d'adoption ou congé d'accueil ;
- Les dispenses de travail pour femmes enceintes ou pour femmes allaitantes ;
- Le congé pour raisons familiales ;
- Le congé d'accompagnement en fin de vie.

Actuellement le congé pour raisons familiales est inscrit dans le budget du ministère de la Famille. En 2008, cet article budgétaire s'est élevé à 3,5 millions euros et a représenté 3,9% du total des indemnités en espèces servies dans le cadre de la gestion « maternité » de la Caisse nationale de santé.

Dans un souci de simplification administrative un régime à part pour cette prestation n'est pas indiqué. Il convient donc d'abolir le crédit inscrit actuellement au budget de l'Etat « section 12.0 Famille » à l'article 42.000 sous le libellé « Prise en charge par l'Etat des indemnités du congé pour raisons familiales » et de compenser cette suppression par une participation correspondante au niveau des cotisations à l'instar des autres prestations de maternité ou prestations assimilées. Cela correspondrait au niveau du budget de l'Etat à un transfert des charges de financement vers la section 17.5 Assurance maladie-maternité-dépendance-Caisse nationale de santé.

Point 20° - article 32 CSS

a) et e) : Actuellement il existe une contradiction entre les dispositions de la loi du 6 janvier 1996 de la coopération au développement et le Code de la sécurité sociale du fait que le Code de la sécurité sociale n'a pas été adapté suite à l'introduction de la nouvelle loi sur la coopération au développement de 1996. En effet, l'article 30, alinéa 5 de la loi sur la coopération au développement dispose que : « *les cotisations de sécurité sociale dues pour la durée de la mission de coopération sont à charge de l'Etat. Elles sont payées au Centre commun de la sécurité sociale par l'organisation non-gouvernementale et remboursées à celle-ci par l'Etat sur présentation des pièces justificatives.* ». Cependant, les articles 32 et 240 du Code de la sécurité sociale prévoient la répartition des charges de cotisations entre l'assuré et l'employeur, l'article 150 prévoit la prise en charge des cotisations par l'employeur et l'article 377 la prise en charge de l'assuré pour les prestations de dépendance. Afin de respecter la volonté du législateur de 1996, il est décidé de mettre le Code de la sécurité sociale en conformité et de préciser que la charge des cotisations sociales des coopérants incombe à l'Etat.

b) : Le personnel infirmier du Centre hospitalier neuropsychiatrique n'ayant pas de statut particulier par rapport aux autres établissements hospitaliers, il y a lieu de supprimer cette précision.

c) : Afin de redresser un oubli matériel relatif à la charge des cotisations pour l'assurance maladie-maternité des assurés obligatoires visés au point 20) de l'article 1^{er} du Code de la sécurité sociale suite à la réforme de l'assurance accident, il y a lieu de compléter le 4^e tiret de l'article 32 du Code de la sécurité sociale du point 20).

d) et e) : L'article 1^{er}, alinéa 1, point 14 relatif à l'assurance maladie-maternité obligatoire des personnes âgées de plus de dix-huit ans poursuivant au Grand-Duché Luxembourg des études ou une formation professionnelle non indemnisée au titre d'un apprentissage, qui ne sont pas assurées à un autre titre et qui ne bénéficient pas d'une coassurance, prenant avec l'implémentation d'une université au Luxembourg une toute autre envergure que celle visée à l'origine par le législateur de quelques cas exceptionnels, la disposition relative à la prise en charge des cotisations par l'Etat est remplacée par une charge des cotisations à supporter intégralement par l'assuré.

Point 21° - article 33 CSS

L'article 33 relatif à l'assiette de cotisation reprend les dispositions de l'actuel article 38 du Code de la sécurité sociale. La phrase « L'assiette de cotisation pour l'indemnité pécuniaire de maladie est constituée par le revenu professionnel de l'assuré » est supprimée.

Point 22° - article 38 CSS

Les dispositions de l'article 38 étant transférées au nouvel article 33, l'article 38 est abrogé.

Point 23° - article 40 CSS

Il y a lieu de se reporter au commentaire de la modification de l'article 31 du Code de la sécurité sociale.

Point 24° - article 43, alinéas 1 et 2 CSS

Aux alinéas 1 et 2, le terme « indemnité pécuniaire de maladie » est remplacé par le terme « prestations en espèces ». Il s'agit d'une adaptation de terminologie.

Point 25° - article 46, alinéa 4 CSS

En raison de l'intégration des prestations de maternité et du congé pour raisons familiales dans le financement normal, par cotisations, des soins de santé respectivement des prestations en espèces de l'assurance maladie-maternité, il y a lieu de supprimer les termes « forfait de maternité » et « d'indemnités pour congé pour raisons familiales ». En effet les prestations de maternité sont incluses dans le terme de « soins de santé » et le terme « indemnité pécuniaire de maternité » est ajouté. L'indemnité pour congé pour raisons familiales est incluse, en vertu de l'article 9, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale dans le terme « d'indemnité pécuniaire de maladie ».

Point 26° - article 47 CSS

Il y a lieu de se reporter au commentaire des articles 72 et 73.

Point 27° - article 48 CSS

Les termes « et du forfait de maternité » sont supprimés du fait de l'intégration dans celui de « soins de santé ».

Point 28° - article 51 CSS

Par parallélisme avec l'article 47 relatif à la Caisse nationale de santé il y a lieu d'adapter dans le même sens l'article 51 relatif aux caisses de maladie du secteur public. Pour les litiges impliquant un prestataire il est prévu, afin de garantir une application juridique uniforme, de demander un avis de la Caisse nationale de santé. Déjà actuellement les caisses publiques demandent dans ces cas un avis auprès de la Caisse nationale de santé. Pour le surplus il y a lieu de se reporter au commentaire des articles 72 et 73.

Point 29° - article 60 CSS

L'alinéa 2 est complété par les références précises à la loi hospitalière et identifie clairement les types d'établissements hospitaliers pour lesquels s'applique le financement budgétaire.

Dans l'alinéa 3, la référence aux professionnels de la santé actifs dans les établissements hospitaliers budgétisés est supprimée. Ils sont soit salariés soit engagés sur une base vacataire, mais ne peuvent plus être rémunérés sur base de la nomenclature correspondante. En dehors d'exceptions fixées sur base législative ou conventionnelle, l'exercice libéral de la profession médicale et rémunéré sur base d'actes tarifés restera la règle.

Point 30° - article 60bis CSS

Cet article regroupe les dispositions de l'ancien article 21 du Code de la sécurité sociale. Il règle les obligations de documentation, de transmission et de communication de données médicales ou d'éléments de dossiers de soins partagés ou de dossiers de soins entre les prestataires de soins, la Caisse nationale de santé, le Contrôle médical de la sécurité sociale.

Pour ce qui est du dossier de soins partagé en milieu hospitalier, la loi hospitalière dispose déjà, pour chaque patient d'un dossier unique qui se compose d'un volet médical, soignant et administratif. Ce dossier, auquel collaborent tous les professionnels exerçant à l'hôpital, est conservé et géré sous la responsabilité du directeur de l'établissement. Dans le cadre de la future loi sur les droits du patient, il est prévu de réviser ces dispositions et de les généraliser aussi pour le milieu extrahospitalier.

Les dispositions en matière de documentation et de transmission de données ainsi que de dossier de soins partagé ont été regroupées dans les articles 60bis et suivants du chapitre réglant les relations avec les prestataires de soins afin qu'ils s'appliquent aussi bien au milieu hospitalier qu'extrahospitalier. Ces dernières sont dorénavant fixées par voie réglementaire.

Point 31° - article 60ter CSS

La mise en place de la gestion administrative et technique courante de la plateforme hébergeant le dossier de soins partagé et d'autres applications nationales telles que par exemple la prescription électronique, des serveurs de résultats d'examens, est confiée à une Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé.

Cette mission pourrait s'élargir à d'autres projets informatiques à portée nationale contribuant à faciliter l'échange et le partage de données de santé.

A cette fin, l'Agence doit également établir et promouvoir les référentiels qui faciliteront le choix et le déploiement de systèmes d'information de Santé interopérables entre acteurs, garantissant le niveau adapté de sécurité à la sensibilité des données échangées et partagées

La définition de ce cadre interopérable sera réalisé au regard du contexte normatif international, des bonnes pratiques observées en terme d'interopérabilité et des besoins propres au contexte national. Dans ce contexte, l'Agence réalise une veille permanente des standards des systèmes d'information en santé, collabore avec les organisations internationales de standardisation et les responsables de projets équivalents des autres Etats membres de l'Union Européenne, et travaille en étroite collaboration avec les représentants du secteur.

L'Agence collabore également avec les fournisseurs de systèmes d'information présents au Luxembourg, pour assurer l'intégration dans leurs solutions respectives des spécifications du cadre interopérable

A l'instar des exemples d'autres pays, il convient d'inscrire une stratégie nationale des systèmes d'information de santé dans un schéma directeur qui sera porté par l'Agence. A partir des priorités sanitaires du pays et des principaux besoins des acteurs du secteur, l'Agence doit établir et décliner une stratégie nationale visant à assurer une meilleure coordination des projets de l'Agence et des projets stratégiques des acteurs du secteur, à identifier les doubles emplois et promouvoir les projets synergiques et mutualisés s'appuyant sur les référentiels d'interopérabilité.

Enfin, l'Agence pourra utilement jouer un rôle de conseil auprès des autorités de tutelle en matière d'orientation de projets informatiques stratégiques avant de libérer des financements.

Tout en étant conscient des risques technologiques et financiers inhérents à une politique coordonnée dans ce domaine et des efforts nécessaires pour atteindre un objectif global à un horizon d'au moins 5 ans, il faut constater un besoin élémentaire d'un organe de gouvernance intégrant tous les acteurs clés si l'Agence doit assurer les missions décrites ci-dessus.

La forme juridique choisie est le groupement d'intérêt économique (GIE). Il est prévu d'attribuer la gestion de l'Agence à une structure existante dont les missions, les moyens, le fonctionnement, la dénomination et la gouvernance devraient être adaptées. En fait, le GIE Healthnet regroupe déjà aujourd'hui l'Etat, la Caisse nationale de santé, les médecins et les hôpitaux et gère les connections d'échange de données informatiques entre les hôpitaux et avec la Caisse nationale de santé. Un élargissement à d'autres acteurs y compris les patients est souhaitable. En outre, il est prévu d'associer le Centre commun de la sécurité sociale, notamment pour la gestion des droits d'accès des assurés et des prestataires.

Les technologies de la communication et de l'informatique revêtent une importance majeure dans le domaine de la santé. Elles sont considérées comme un vecteur majeur d'amélioration de la qualité de la prise en charge, de gain d'efficacité et de valorisation d'un potentiel d'épargne. Néanmoins, les questions liées à l'informatisation dans le domaine de la santé sont d'une grande complexité et requièrent un engagement financier substantiel à long terme.

Le financement des activités de l'agence serait assuré par les financiers actuels du secteur, i.e. la Caisse nationale de santé et l'Etat, qui prévoient un budget à cet effet. Cette participation s'applique déjà aujourd'hui au G.I.E Healthnet. A noter que le financement du projet e-Santé est pris en charge par l'Etat jusque fin 2010. Une partie des moyens futurs nécessaires pourraient provenir de la concentration de certains moyens budgétaires actuellement déjà alloués. Pour les années à fort investissement dans la plateforme et ses applications, il est sans doute nécessaire d'allouer de moyens supplémentaires à l'Agence pour qu'elle puisse remplir les missions lui attribuées.

L'Agence pourra aussi acquérir des fonds d'autres sources, en collaborant par exemple à des projets européens.

Point 32° - article 60quater

Le dossier de soins partagé est un dossier partagé et informatisé, regroupant des données déterminées communiquées par les différents prestataires de soins, par la Caisse nationale de santé et le patient.

Le dossier de soins partagé doit permettre de donner aux professionnels de santé un accès unifié et automatisé à certaines données médicales, de soins ou encore administratives relatives à un patient, sous forme de rapports médicaux, de résultats d'analyses de biologie clinique, de comptes rendus d'investigations diagnostiques, d'ordonnances ou de prescriptions, de radiographies ou de tout document ou effet intéressant l'état de santé ou le traitement thérapeutique.

Le patient y aura également accès. Il pourra consulter le contenu de son dossier et les traces d'accès à ses données, afin de pouvoir le cas échéant s'opposer à des accès illégitimes ou non souhaités. Il est aussi visé de mettre progressivement en place des espaces permettant au patient d'ajouter du contenu le concernant.

Le but du dossier s'inscrit dans le cadre de la coordination des soins et permettra aux prestataires de soins d'obtenir une meilleure information et une vue globale sur l'état de santé du patient. Un aspect important est qu'ainsi, des doubles emplois en matière de diagnostics et de médication ou encore des traitements médicaux désordonnés et même contradictoires peuvent être évités.

Sous réserve des dispositions réglementaires à venir, cet article laisse intactes les dispositions régissant actuellement la tenue des différents dossiers tenus à jour par les différentes catégories de professionnels de santé, notamment médecins, pharmaciens, et soignants.

Point 33° - article 61, alinéa 2, point 3) CSS

Cette modification vise à préciser qu'il s'agit de conventions distinctes pour les différentes professions de santé et que l'ancienne formulation « pour chacune des professions de santé » n'entraîne pas une obligation pour la Caisse nationale de santé d'avoir à conclure pour chacune des professions de la santé une convention.

Point 34° - article 64 CSS

Le point 1 de l'alinéa 1 prévoyait jusqu'à présent la fixation au niveau conventionnel des dispositions organisant la transmission et la circulation des données et informations entre les différents acteurs du système de soins de santé. Sur le fond de l'introduction du dossier de soins partagé, il s'impose de transférer la fixation de ces dispositions au niveau réglementaire (cf. article 60bis, alinéa 3). Les modalités de la procédure pour les différents prestataires de soins restent attachées au niveau conventionnel.

Les modifications à l'alinéa 2, points 2), 7) et à l'alinéa final ont trait aux médicaments :

Dans le contexte de la prescription médicale, les nouvelles dispositions légales introduisent la notion de « prescriptions inutilement onéreuses ». Il s'agit ici d'une obligation faite au médecin de recourir en première instance aux médicaments pour lesquels une base de remboursement existe et d'éviter dans la mesure du possible la substitution ou un

désavantage financier pour le patient tout en garantissant les mêmes résultats thérapeutiques.

Dans le cadre des dispositions légales réglant l'institution d'un rapport d'activité individuel de chaque médecin par le Contrôle médical sur base des données de remboursement de la Caisse nationale de santé, il est introduit la notion de « seuil de prescription » qui fixe pour chaque spécialité médicale un pourcentage minimum de médicaments à prescrire parmi ceux qui disposent d'une base de remboursement. Ici encore la nouvelle législation s'inspire de la législation belge. Comme le nombre de médicaments dont le brevet est tombé, varie fortement d'une spécialité médicale à l'autre, le seuil de prescription est fixé différemment pour chaque spécialité médicale. La fixation des seuils pour chaque spécialité est opérée dans le cadre de la convention conclue entre la Caisse nationale de santé et le corps médical. L'article 64, alinéa 2 inscrit cette obligation dans la loi.

La convention contiendra en même temps des critères sur lesquels un indicateur de déviation sera basé. La même technique a été employée pour les bonnes pratiques médicales en matière de contrôle des prescriptions pour le congé de maladie. Ainsi l'on peut penser aux règles conventionnelles suivantes : l'indicateur n'opère que dans le domaine ambulatoire, donc pour les médicaments délivrés en pharmacie publique et établit un rapport entre l'ensemble des médicaments prescrits par un médecin, quantifiés par le volume global exprimé en DDD (Daily Defined Dose) et ceux appartenant aux groupes pour lesquels il existe une base de remboursement. L'indicateur est valable pour une année de calendrier entière et le comportement de prescription est analysé également pour une période annale.

En l'absence actuelle d'un règlement des pharmacies « Apothekerbetriebsordnung », les règles applicables à la substitution de médicaments font l'objet de dispositions conventionnelles entre la Caisse nationale de santé et le groupement des pharmaciens.

Le point 8) de l'alinéa 2 prévoit la définition de domaines d'application de la rémunération salariée des médecins et médecins-dentistes. La rémunération sur base d'actes tarifés est actuellement l'unique forme de rémunération de la profession médicale, aussi au Centre hospitalier qui, bien que les médecins y exerçant soient des salariés, facture à la Caisse nationale de santé les actes prestés suivant la nomenclature applicable. Aussi des formes de rémunération dites de vacation (service rendu portant sur une durée) et de capitation (service rendu par personne) sont en principe intégrables dans la nomenclature médicale, notamment parce que les nouvelles dispositions prévues à l'article 65 lient les coefficients des actes à la durée.

Bien que ce mode de rémunération par actes tarifés devra rester la règle, la disposition envisagée ouvre la voie à une prise en charge directe du salaire de médecins dans certains domaines et cas à définir par voie conventionnelle.

Le point 9) de l'alinéa 2 prévoit la fixation par voie conventionnelle des modalités d'application de la procédure de désignation, de changement et de retrait du médecin référent ainsi que le remplacement de celui-ci en cas d'absence.

Au point 3) de l'alinéa 2, le renvoi à l'article 66, alinéa 2 est remplacé par un renvoi à l'alinéa 3 de ce même article. En outre, au point 6) le renvoi à l'ancien article 341 est remplacé par le renvoi à l'article 418.

Le nouvel alinéa 3 élargit l'obligation de tenir une compatibilité analytique suivant des règles définies par la Caisse nationale de santé aux prestataires de soins constitués en tant que personne morale. Cette même disposition existe déjà aujourd'hui pour les prestataires actifs dans le domaine de l'assurance dépendance et est introduit à l'article 74 pour les établissements hospitaliers.

Le nouvel alinéa 4 introduit l'obligation d'inclure dans les conventions de certains prestataires de soins des dispositions en relation à la qualité de soins et ceci à l'instar des dispositions prévues à l'article 388bis pour l'assurance dépendance.

Point 35° - article 65 CSS

Dans l'alinéa 2, les nomenclatures actuelles et surtout les coefficients correspondants ne reflètent plus les valeurs relatives de pondération entre les différents actes. A l'instar du relevé d'aide et de soins de l'assurance dépendance, la rémunération des différentes prestations fournies doit tenir compte de facteurs objectifs tels que la durée associée à la fourniture de l'acte, la technicité, l'effort intellectuel ou encore les compétences y associées. Par ce biais, les coefficients des actes doivent aussi tenir compte de l'évolution de l'art médical ou du progrès technologique.

A l'alinéa 3, la réforme rompt avec la pratique actuelle que chaque médecin peut faire chaque acte et que tous les actes peuvent être pratiqués dans tout établissement hospitalier. Par l'introduction de filières de soins intégrées et de centres de compétences, la planification et la coordination des soins sont introduits en tant que fils conducteurs à travers le système de soins. Dès lors, la rémunération des prestations de soins doit aussi en tenir compte, notamment par l'utilisation des majorations et des réductions prévus à l'alinéa 6 de cet article.

L'alinéa 4 règle la prise en compte de l'utilisation d'appareils qui se fera dans le futur sur base forfaitaire, et sera donc également désindexée.

A l'alinéa 5, la cotation forfaitaire pour les prestations infirmières en établissement d'aides et de soins est également appliquée au milieu ambulatoire. En outre les prestations fournies dans le cadre de des soins palliatifs sont également prises en charge sur base forfaitaire, ce qui représente l'avantage de permettre une prise en charge globale, de simplifier la gestion administrative et d'éviter toute chasse à l'acte.

A l'alinéa 7, en raison de la modification de la composition de la Commission de nomenclature, la saisine du Collège médical respectivement du Conseil supérieur des professions de la santé, devenue superfétatoire, est supprimée.

A l'alinéa 8, la composition de la Commission de nomenclature est revue. En fait, la présence des acteurs issus du domaine des soins de santé est renforcée et portée au même niveau que ceux nommés par les ministres de la Santé et de la Sécurité sociale et de la Caisse nationale de santé. Ainsi, l'Association des médecins et médecins-dentistes se voit accordé un représentant supplémentaire et le Collège médical peut également nommer un représentant. Ce renforcement du corps médical dans la Commission de nomenclature revient à préparer la réforme de la nomenclature médicale, qui va devenir un des défis prioritaires pour les années à venir. Le projet de loi prévoit également d'accorder un représentant à l'Entente des hôpitaux luxembourgeois. Cette mesure doit contribuer au développement d'une meilleure cohérence et d'une meilleure coordination entre les

établissements hospitaliers et le corps médical y agréé. En outre, cette mesure peut être considérée comme un préalable à une future introduction éventuelle d'un système de rémunération forfaitaire basé sur des DRG (*Diagnosis related groups*), s'appliquant en commun aux médecins et aux hôpitaux.

Selon l'alinéa 10, la Commission de nomenclature peut recourir aux services de la nouvelle Cellule d'expertise médicale telle que prévue à l'article 65 bis.

A l'alinéa 13 les travaux de la Commission de nomenclature sont rendus plus transparents par l'introduction d'une méthodologie et d'une procédure standardisées. Il est également prévu que la nomenclature médicale actuelle évolue progressivement vers un référentiel complété, actualisé et validé.

Dans le cadre de cet article sont également abolies deux particularités du système de rémunération luxembourgeois. Le mécanisme dit du « vase communicant » permettait de compenser des changements dans les coefficients des actes par une adaptation des lettres clés. Ce mécanisme n'a néanmoins seulement abouti dans le passé à un effet de redistribution en répercutant une réduction du coefficient sur la lettre-clé de la profession médicale. Il est indispensable d'abolir ce mécanisme, notamment en vue de la correction de certains tarifs à effectuer dans le cadre de cette réforme et surtout en vue de la réforme progressive des nomenclatures actuelles. Le droit de proposition unilatéral en relation avec les actes de consultation, visites et déplacements n'est également plus défendable, dès que les références objectives prévues à l'alinéa 2 entrent en vigueur. En outre, il faut éviter à ce que de telles dispositions puissent mener à des situations de blocage en vue de l'introduction du médecin référent ou des filières de soins intégrées.

Point 36° - article 65bis CSS

Bien qu'exemplaire par l'engagement de ces membres, qui s'investissent à côté de leurs activités principales pleinement dans les travaux, la Commission de nomenclature n'a pas les ressources nécessaires afin de garder la nomenclature à jour, aussi bien en fonction du progrès médical, des nombreuses demandes lui soumises ou d'une maintenance régulièrement requise. La nouvelle Cellule d'expertise médicale représente une ressource permanente, destinée à soutenir et à contribuer à la cohérence de ces travaux. Si la nomenclature doit répondre aussi bien aux critères d'une structure de rémunération transparente et correcte, qu'aux nécessités d'un outil de pilotage efficace de notre système de santé, il faut obligatoirement prévoir les mécanismes et compétences nécessaires.

La Cellule d'expertise médicale doit travailler en réseau, avec les administrations et instances nationales correspondantes, avec des experts et surtout des organismes correspondants au niveau européen. A noter qu'il est également prévu d'associer l'Entente des hôpitaux luxembourgeois à ces travaux.

Le statut de la Cellule d'expertise médicale garantit une indépendance dans l'exécution de ses missions. La Cellule d'expertise médicale se composera de médecins et de professionnels de la santé et de ressources administratives.

En outre, une base légale propre est attribuée au Conseil scientifique créé en avril 2005 par un règlement du Gouvernement en Conseil. Le Conseil scientifique a pour mission d'élaborer et de promouvoir les bonnes pratiques médicales.

Point 37° - article 66 CSS

Les tarifs des actes et des services professionnels doivent être fixés de façon claire et transparente. Ainsi le dépassement des tarifs doit rester une exception tolérée dans des cas bien précis et être cadrée par des règles claires.

Plus spécialement, l'évocation explicite de la majoration des tarifs pour hospitalisation en première classe est supprimée dans la loi. Cette disposition ne concerne pas seulement les frais d'hébergement des établissements hospitaliers, mais surtout les tarifs médicaux majorés. Vu que cette disposition a été prise en charge dans une large mesure par la Caisse médico-chirurgicale mutualiste (CMCM), elle n'a pas impacté le budget de l'assurance maladie-maternité. Néanmoins, le maintien dans la loi de cette disposition n'est plus indiqué, vu qu'elle représente un incitatif à une hospitalisation exagérée. En outre, l'hospitalisation en première classe représentait lors de son introduction une exception tolérable. Dans nos établissements hospitaliers modernes, elle devient aujourd'hui la règle. Elle donne également encore souvent lieu à des difficultés d'interprétation, comme par exemple si chaque chambre à un lit peut être considérée comme première classe ou si un seul patient est accueilli en chambre double il peut être considéré comme patient en première classe. La majoration de la première classe est actuellement aussi inscrite dans la convention entre la Caisse nationale de santé et l'Association des médecins et médecins-dentistes de sorte que les mécanismes actuels peuvent rester en place.

La suppression du référencement direct à « l'hospitalisation en première classe » n'a pas comme finalité de priver une partie du corps médical de revenus substantiels. En fait, il faut trouver d'autres critères pour régler la majoration tarifaire médicale, notamment sur le fonds du développement futur de la chirurgie ambulatoire. Il appartiendra à l'ensemble des acteurs concernés de fixer aux niveaux conventionnels respectifs un mécanisme de transition.

En outre, il est précisé que les forfaits pour utilisation d'un appareil ne sont pas indexés.

Point 38° - article 67 CSS

Le terme de « revalorisation » est remplacé par celui d'« adaptation », afin de clarifier que le mécanisme de la fixation de la lettre-clé peut mener en toute théorie, et notamment dans une situation économique correspondante, à des taux d'adaptation négatifs.

Points 39° à 41° articles 69 à 71 CSS

La procédure de médiation est maintenue et précisée. Une distinction est faite entre la procédure de fixation de la lettre-clé et celle en relation à toute matière conventionnelle, que ce soit les cas de nouvelles conventions, de la modification de conventions ou de fixation de dispositions obligatoires telles que définies aux articles 64 et 66, alinéa 3. La première aboutit en dernière instance au Conseil supérieur de la sécurité sociale. En matière de litiges au niveau conventionnel, cette solution n'est pas possible, étant donné que le Conseil supérieur de la sécurité sociale serait alors appelé à fixer une disposition conventionnelle et à statuer en matière de litige conventionnel. Dès lors, il appartient au ministre d'arrêter les dispositions afférentes qui peuvent par la suite, en application de la procédure d'élaboration normale, être modifiées d'un commun accord par les parties.

Les dispositions de l'article 71 actuel deviennent l'alinéa 3 de l'article 70 nouveau.

Points 42° à 45° - articles 72, 72bis, 73 et 73bis CSS

Le rôle d'une Commission de surveillance d'assurance maladie-maternité, afin d'être efficace et en même temps dissuasive, doit être celui de pouvoir intervenir dans tous les domaines de violation des dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et non seulement celui de trancher des litiges individuels au sujet d'un tarif en application des nomenclatures ou des conventions.

Actuellement le Code de la sécurité sociale attribue à la Commission de surveillance deux champs de compétence :

- 1) celui de l'article 72bis, c'est-à-dire trancher les recours administratifs internes en matières de tarifs et de tiers payant ;
- 2) celui de l'article 73 : un pouvoir d'investigation et de contrôle.

Il n'est pas opportun d'attribuer à une même commission, à composition identique, deux terrains d'intervention si différents.

Afin de pouvoir réformer la Commission de surveillance et renforcer les mesures relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude, il est indispensable de lui conférer qu'un seul champ de compétence, celui de poursuivre toute inobservation des règles de la sécurité sociale aboutissant à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation par l'institution de sécurité sociale et de faire condamner l'auteur par la juridiction sociale. La loi doit attribuer à la Commission de surveillance des prérogatives adaptées afin d'assurer son efficacité et d'asseoir sa légitimité.

Ainsi il est proposé de transférer le premier champ de compétence actuel de la Commission de surveillance, à savoir celui de l'article 72bis actuel des décisions individuelles relatives aux tarifs et au tiers payant, dans la procédure administrative interne de l'article 47 et de l'article 51 du Code de la sécurité sociale : les litiges individuels opposant soit un assuré soit un prestataire à la Caisse nationale de santé font l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué susceptible d'un recours de première et de deuxième instance devant les juridictions de sécurité sociale.

Il y a lieu de relever que si un même litige requiert aussi bien une décision administrative individuelle que l'initiation de la procédure de sanction, le volet poursuite publique doit avoir priorité sur le volet relatif à la prise en charge afin d'éviter toute contradiction de décisions.

La Commission de surveillance aura ainsi par la suite comme seule mission de poursuivre les faits violant les dispositions légales d'assurance maladie-maternité, commis dans le but d'obtenir ou de faire obtenir le bénéfice d'une prestation maladie injustifiée. Les circonstances visées sont les suivantes :

- 1) toute inobservation des dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ayant abouti ou tenté d'aboutir à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation de soins de santé ou en espèces par l'assurance maladie-maternité ;
- 2) le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fautive, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative,

- d'information, d'accès à une information par l'institution de sécurité sociale compétente ou par le Contrôle médical de la sécurité sociale ;
- 3) tout agissement ayant pour effet de faire obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'institution de sécurité sociale compétente ;
 - 4) tout manquement aux formalités administratives imposées par les dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ;
 - 5) le refus du prestataire de reporter dans le dossier de soins partagé les éléments issus de chaque acte ou consultation, dès lors que l'assuré ne s'est pas explicitement opposé au report de cet acte ou consultation dans son dossier de soins partagé;
 - 6) la violation des références médicales opposables ou du seuil de prescription des médicaments disposant d'une base de remboursement ;
 - 7) la prescription ou l'exécution de prestations superflues ou inutilement onéreuses en violation de l'article 23, alinéa 1;
 - 8) tout agissement exposant l'assuré à des dépassements d'honoraires non conformes aux dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles.

Pour les situations d'abus visées, la mission de la Commission de surveillance consiste à effectuer des contrôles et des enquêtes tout en respectant les droits et obligations des parties respectives. De ce fait la procédure de contrôle et d'enquête mise en place est assortie de mesures destinées à sauvegarder les droits et libertés constitutionnellement garantis.

De son côté, la Cour européenne des droits de l'homme a également admis la validité du procédé de la sanction administrative au regard de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, mais non sans rappeler le nécessaire respect des prescriptions du droit à un procès équitable de l'article 6 de celle-ci :

1. *« Toute personne a droit à ce que sa cause soit entendue équitablement, publiquement et dans un délai raisonnable, par un tribunal indépendant et impartial, établi par la loi, qui décidera, soit des contestations sur ses droits et obligations de caractère civil, soit du bien-fondé de toute accusation en matière pénale dirigée contre elle. Le jugement doit être rendu publiquement, mais l'accès de la salle d'audience peut être interdit à la presse et au public pendant la totalité ou une partie du procès dans l'intérêt de la moralité, de l'ordre public ou de la sécurité nationale dans une société démocratique, lorsque les intérêts des mineurs ou la protection de la vie privée des parties au procès l'exigent, ou dans la mesure jugée strictement nécessaire par le tribunal, lorsque dans des circonstances spéciales la publicité serait de nature à porter atteinte aux intérêts de la justice.*
2. *Toute personne accusée d'une infraction est présumée innocente jusqu'à ce que sa culpabilité ait été légalement établie.*
3. *Tout accusé a droit notamment à :*
 - a) *être informé, dans le plus court délai, dans une langue qu'il comprend et d'une manière détaillée, de la nature et de la cause de l'accusation portée contre lui;*
 - b) *disposer du temps et des facilités nécessaires à la préparation de sa défense;*
 - c) *se défendre lui-même ou avoir l'assistance d'un défenseur de son choix et, s'il n'a pas les moyens de rémunérer un défenseur, pouvoir être assisté gratuitement par un avocat d'office, lorsque les intérêts de la justice l'exigent;*

- d) *interroger ou faire interroger les témoins à charge et obtenir la convocation et l'interrogation des témoins à décharge dans les mêmes conditions que les témoins à charge;*
- e) *se faire assister gratuitement d'un interprète, s'il ne comprend pas ou ne parle pas la langue employée à l'audience. »*

Afin d'assurer le respect des garanties fondamentales de l'article 6, il y a lieu de distinguer clairement entre la phase de l'instruction assurée par une autorité administrative, la Commission de surveillance, et la phase juridictionnelle de l'exercice du pouvoir de sanction. La Commission de surveillance procède à l'enquête, désigne un rapporteur parmi ses membres et si elle retient que les éléments constitutifs d'une situation d'abus sont établis, elle renvoie l'affaire devant les juridictions sociales. En première instance il appartient au Conseil arbitral de la sécurité sociale de juger l'affaire et de prononcer ou non la sanction. Le défendeur dispose ici de toutes les garanties du droit à un procès équitable devant une juridiction indépendante et il peut faire appel devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale.

Point 46° - article 74 CSS

Le mécanisme actuel de budgétisation des établissements hospitaliers sur base de leurs activités spécifiques est cadré par l'introduction d'une enveloppe budgétaire globale pour le secteur hospitalier. Jusqu'à présent le pilotage du secteur hospitalier se faisait quasi exclusivement à travers le plan hospitalier et la Commission permanente pour le secteur hospitalier. Mais aucun pilotage financier global n'était possible, notamment dû à l'augmentation des besoins ou au progrès technologique, mais aussi à un élargissement permanent de l'offre : construction de nouveaux hôpitaux, création de services, nombre de médecin agréés dans les hôpitaux, pratiques de prescriptions, etc.

Le cadrage financier imposé au secteur hospitalier dans sa globalité engendre l'obligation d'une recherche d'efficience et de synergies au sein des hôpitaux mais aussi entre les différents hôpitaux, qui ne peuvent plus se contenter d'une stratégie isolationniste mais doivent s'intégrer dans une approche nationale de l'organisation des services hospitaliers. En outre, l'enveloppe budgétaire globale, plus stricte à appliquer que la budgétisation actuelle, oblige les établissements hospitaliers à mieux planifier et organiser leurs activités et à intégrer activement le principe de l'utile et du nécessaire dans leur gestion, principe trop souvent oublié dans une logique expansionniste et de satisfaction de toutes les demandes.

Le mécanisme d'enveloppe budgétaire globale est complémentaire au pilotage et à la planification de l'offre et de la politique d'investissement, qu'il vise en effet à soutenir. Ainsi, l'introduction de filières de soins intégrées ou de centres de compétences, la recherche active de synergies et de collaborations, la mise en réseau avec les soins extrahospitaliers ou encore la mise en œuvre d'une stratégie de partage de données sont seulement possibles si le pilotage financier est également coordonné à un niveau national. Ce mécanisme ne mène néanmoins pas à une mise en péril de la qualité de l'offre, car il permet aussi une concentration des moyens sur des objectifs de couverture des soins de santé bien définis. En outre, le gouvernement reste aussi bien responsable de la politique d'investissement dans le secteur hospitalier que de l'évolution de l'enveloppe globale. Ainsi, à titre d'exemple, lors de la création d'un nouveau service hospitalier, le financement de l'activité y relative peut être assurée soit par une augmentation de l'enveloppe hospitalière, soit par l'adaptation ou la réévaluation d'autres offres.

L'évolution de l'enveloppe budgétaire globale se fait sur base de critères objectifs tels que les facteurs démographiques, l'évolution des coûts, l'adaptation du plan hospitalier, les facteurs économiques ou encore le progrès médical, etc. La Caisse nationale de santé, et aussi la CPH et le Comité quadripartite en tant que plateformes d'échange essentielles restent associés à la démarche.

Les actes médicaux ne sont pas intégrés dans l'enveloppe budgétaire globale. Cette alternative a été sérieusement étudiée et représente certes des atouts intéressants, tels qu'un pilotage financier global de l'activité hospitalière et une transparence accrue. Néanmoins, elle semble être difficilement intégrable dans un système de médecine libérale qui reste la règle au Luxembourg. En outre, les objectifs visés peuvent être atteints par l'obligation de la documentation ou surtout l'introduction d'un *numerus clausus* du nombre de médecins intégrés dans les établissements hospitaliers. Une combinaison effective des frais directement liés à l'acte médical et des frais hospitaliers est idéalement réalisable dans le cadre d'une prise en charge forfaitaire globale, tels les systèmes de DRG (*Diagnosis related groups*) introduits sous diverses formes dans presque tous les systèmes de santé avancés. Une telle réforme n'est actuellement pas à l'ordre du jour et comporte des risques d'application et des difficultés d'implémentation pour un petit pays. La présente réforme crée néanmoins les prérequis pour un tel éventuel prochain pas.

La budgétisation des établissements hospitaliers est encore adaptée en différents points. Ainsi, périodicité de l'élaboration des budgets est portée de un à deux ans et ceci pour des raisons de simplification administrative pour la Caisse nationale de santé. Le dépassement des budgets est plus strictement cadré, non seulement par l'enveloppe budgétaire globale mais surtout par le nouvel alinéa 3 de l'article 79.

Un élément essentiel est l'introduction d'une comptabilité analytique standardisée à définir par la Caisse nationale de santé. Les modalités actuellement prévues par la loi hospitalière sont abolies et remplacées par les mêmes dispositions applicables dans le cadre de l'assurance dépendance (art. 388bis alinéa 6 CSS). Il est en effet essentiel que la Caisse nationale de santé arrive à effectuer une analyse fondée et transparente de la structure de coûts des différents services et établissements, notamment à des fins de comparaison au niveau national et international ou encore en vue d'une forfaitisation de la prise en charge de certaines prestations. A cette fin, elle doit également pouvoir accéder à une partie des données en relation avec l'activité médicale.

L'alinéa 7 prévoit encore une débudgétisation des analyses de laboratoire effectuées par les établissements hospitaliers en milieu extrahospitalier. Cette mesure vise à normaliser la situation concurrentielle entre laboratoires privés et hospitaliers et d'éviter toute situation de concurrence déloyale.

Point 47° - article 77 CSS

L'article est adapté afin de tenir compte du mécanisme de l'enveloppe budgétaire globale.

Point 48° - article 78 CSS

Les mécanismes de prise en charge des frais variables par voie directe ou par forfait sont différenciés.

Point 49° - article 79, nouvel alinéa 3 CSS

Cette nouvelle disposition vise à mieux cadrer l'application des budgets hospitaliers, en imposant des limites plus strictes de clôtures des décomptes et en incitant à une plus grande convergence entre budget et décompte définitif.

Point 50° - article 84, alinéa 4 CSS

Conformément à l'article 52 du Code de la sécurité sociale, la Mutualité des employeurs, a pour objet :

- 1) d'assurer les employeurs contre les charges salariales résultant de l'article L. 121-6 du Code du travail pendant la période d'incapacité de travail de ses salariés incapables de travailler s'étendant jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le soixante-dix-septième jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de douze mois de calendrier successifs ;
- 2) de procéder au versement d'indemnités pécuniaires pour la même période aux travailleurs non salariés affiliés à titre volontaire.

En vue d'éviter toute insécurité juridique, il importe de soumettre le remboursement des charges salariales par la Mutualité à la prescription triennale applicable en matière de salaires (article. L. 221-2 du Code du travail). L'expérience a en effet montré que certains employeurs omettent de fournir dans un délai raisonnable au Centre commun les données correctes (et plus particulièrement les heures de travail et celles chômées pendant le congé de maladie) lui permettant de déterminer le montant du remboursement. Il importe que les vérifications administratives puissent être faites à temps et que le bilan de la Mutualité ne reste pas grevé indéfiniment par d'anciennes créances douteuses.

En conséquence, il convient de compléter l'article 84, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale qui dispose actuellement que l'indemnité pécuniaire de maladie ou de maternité se prescrit par trois années à compter de l'ouverture du droit. Par analogie, cette formulation englobe la prescription de l'indemnité pécuniaire versée par la Mutualité au travailleur non salarié qui s'y est affilié volontairement.

Point 51° - article 146, alinéa 2 CSS

Du fait de la réforme de la Commission de surveillance n'ayant désormais que des attributions de poursuite publique, il y a lieu d'en adapter par parallélisme la disposition afférente de l'assurance accident.

Point 52° - article 150 CSS

Il y a lieu de se reporter au commentaire du point 17° (art. 32, points a) et d)) relatif à la prise en charge par l'Etat des cotisations des coopérants.

Point 53° - article 172, alinéa 1, point 7) CSS

La loi du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance dispose à l'article VIII de ses dispositions transitoires que les personnes bénéficiant d'une allocation de soins prévue par la loi du 22 mai 1989, continuent de bénéficier des dispositions de cette loi, aussi longtemps que des prestations au titre de l'assurance dépendance ne leur auront pas été allouées pour la même période à leur demande.

La volonté du législateur était de laisser le bénéfice des allocations de soins au-delà du 1^{er} janvier 1999 malgré le fait qu'elles étaient abrogées et remplacées à cette date. D'autre part, le législateur n'a pas établi un bénéfice automatique des nouvelles prestations, à savoir la prise en compte pour l'aidant informel de périodes d'assurance pension donnant lieu à paiement de cotisations, mais les a soumis à une démarche volontaire des aidants informels.

La présente modification a pour objet de supprimer la limite temporelle du 31 décembre 1998 afin de permettre à la personne ayant assuré des soins à un bénéficiaire d'une allocation de soins prévue par la loi du 22 mai 1989 au-delà de la mise en place du nouveau régime de l'assurance dépendance du fait qu'elle n'a jamais fait une demande de changement afférente, de rester assurée dans le cadre de l'article 172, alinéa 1, point 7).

Point 54° - article 240, alinéa 1, points 1) et 2) CSS

Il y a lieu de se reporter au commentaire du point 17° (art. 32, points a) et d)) relatif à la prise en charge par l'Etat des cotisations des coopérants.

Point 55° - article 249 CSS

Avec la fusion des caisses de pension suite à l'entrée en vigueur de la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique, le règlement grand-ducal du 16 février 2005 fixant les modalités de la répartition du produit des cotisations entre les caisses de pension et le fonds de compensation est devenu superfétatoire et certaines de ses dispositions entrent même en conflit avec le Code de la sécurité sociale. La répartition des cotisations est réglée à suffisance par l'article 246 du Code de la sécurité sociale et les précisions que le règlement apportait à la procédure budgétaire ainsi qu'à la présentation des décomptes ont entretemps été remplacées par des instructions de l'Inspection générale de la sécurité sociale données dans le cadre des nouvelles dispositions communes du livre VI du Code. La précision que les conditions et modalités d'application de l'article 246 peuvent faire l'objet d'un règlement grand-ducal est dès lors supprimée.

Point 56° - article 306, paragraphe 6 CSS

L'article 306, paragraphe 6 actuel renvoie à un seul cas de paiement de l'indemnité pécuniaire de maternité, à savoir celle de la dispense de travail de l'article L.334-4 paragraphe 5, alors que l'indemnité de congé parental est suspendue dans tous les cas de paiement d'une indemnité pécuniaire de maternité, de sorte qu'il y a lieu de procéder à une rectification de renvoi et de remplacer l'article L.334-4 du Code du travail par l'article 25 du Code de la sécurité sociale.

Point 57° - article 349, alinéa 2 CSS

Cette modification opère une simple adaptation de renvoi. En effet, il existe seulement deux paragraphes à l'article 356.

Point 58° - article 349, alinéa 4 CSS

Par parallélisme avec la modification de l'article 17, alinéa 1, point 13), l'article 349, alinéa 4, relatif aux prestations de l'assurance dépendance, est reformulé.

Point 59° - article 350, paragraphe 6 CSS

L'extension des gardes de nuits aux cas de soins palliatifs est subordonnée à une modification législative, qui s'indique au regard des difficultés d'application au sujet des dispositions trop restrictives de l'article 350, paragraphe 6, alinéa 1 Code de la sécurité sociale.

De la sorte les bénéficiaires de soins palliatifs auront droit à toutes les prestations de l'assurance dépendance à l'exception des prestations en espèces, dues soit au titre d'une dépendance antérieure, soit au titre du congé soins palliatifs, et des adaptations du logement.

Point 60° - article 377, alinéa 1 CSS

Il y a lieu de se reporter au commentaire du point 17° (art. 32, points a) et d)) relatif à la prise en charge par l'Etat des cotisations des coopérants ainsi qu'aux points c) et d) du même article relatif aux cotisations des étudiants.

Points 61° à 63° - articles 393, 393bis et 393ter CSS

Par parallélisme avec les articles 72, 73 et 73bis nouveaux, les articles 393, 393bis et 393ter ont été modifiées dans le même sens.

Point 64° - article 418 CSS

Les missions et attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale sont adaptées et précisées afin de tenir compte des modifications de la présente réforme.

En outre, sa collaboration avec les autres institutions et organes tels que la Caisse nationale de santé, la Commission de nomenclature et la Commission de surveillance est précisée.

Les points 2 à 13 actuels deviennent les points 6 à 17 nouveaux.

Point 65° - article 421 CSS

Dans l'exécution de ses missions les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale devant nécessairement intervenir dans les relations de l'assuré avec le médecin traitant, ladite disposition ne saurait être respectée en pratique, de sorte qu'il y a lieu de la supprimer.

Point 66° - article 454, paragraphe 3, alinéa 6 CSS

La présente modification a pour objet d'insérer une base légale pour l'application à la désignation des candidats assesseurs-assurés et assesseurs-employeurs des dispositions du règlement grand-ducal du 9 décembre 2008 ayant pour objet la désignation des délégués des institutions et juridictions de sécurité sociale.

Point 67° - article 454, paragraphe 4

La composition spéciale du Conseil arbitral de la sécurité sociale est étendue aux litiges de l'article 47, paragraphes 2, 4 et 6.

Point 68° - article 454, paragraphe 7

La composition spéciale du Conseil supérieure de la sécurité sociale est étendue aux litiges de l'article 47, paragraphes 2, 4 et 6.

Article 2

Cet article regroupe les modifications apportées à la loi modifié du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

Point 1° - article 1, alinéa 1, alinéa 4 et alinéa 5

Les modifications apportées par les points 1°) et 3°) à l'article premier de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers visent à tenir compte de la disparition des « foyers de réadaptation » qui ne font plus partie du secteur hospitalier mais sont exploités en milieu extrahospitalier et à introduire une catégorie nouvelle d'établissements soumis à la loi hospitalière.

Les « établissements d'accueil pour personnes en fin de vie » nouvellement introduits se singularisent par leur objet, qui est de répondre aux besoins spécifiques des personnes en fin de vie qui y sont accueillies, sans offrir des soins à visée curative. La « maison Omega » en construction à Luxembourg-Hamm tombe sous cette définition. Ce projet vise en effet à mettre en place une structure d'accueil pour personnes en fin de vie dont les traitements curatifs ont été épuisés, refusés ou ne sont plus supportés et qui requièrent des soins palliatifs.

Le point 2°) modifie légèrement la teneur du quatrième alinéa afin d'autoriser d'office tous les établissements hospitaliers à poursuivre une mission d'enseignement et de recherche en matière de santé. En effet, l'exigence d'une autorisation préalable spécifique semble peu conforme à l'objectif de développer des structures de santé à la pointe du progrès, qui participent activement à la recherche, notamment dans le cadre de la mise en place de projets tels que la récente création du centre d'investigations cliniques et épidémiologiques du CRP-Santé ou le projet de création d'une biobanque intégrée au système de santé national (IBBL).

Point 2° - article 2

Cet article procède à une refonte de l'article deux de la loi hospitalière. La nouvelle rédaction est calquée sur l'ancien texte, tout en faisant mieux ressortir l'impératif de l'intégration du système hospitalier dans le système de santé national, nécessitant une planification coordonnée, notamment au sein de filières de soins intégrées.

La formulation proposée tient aussi mieux compte de la nouvelle structuration du plan hospitalier et souligne que dans l'intérêt de la santé publique et d'une utilisation efficiente des ressources, il est nécessaire de tenir compte d'impératifs d'activité médicale minimale et de favoriser certains modes de prise en charge préférentiels, notamment la nécessité de favoriser une prise en charge ambulatoire de certaines pathologies. En outre, les nombres minimal et maximal de médecins par service peut être fixé, ceci dans un souci de pilotage du développement de l'offre hospitalière.

Point 3° - article 3, alinéa 1 et alinéa 3

Le nouveau point e) introduit au niveau de l'alinéa 1 de l'article 3 de la loi hospitalière vise à souligner l'intégration du système hospitalier dans le système de santé national, nécessitant de tenir compte au niveau de l'inventaire à dresser par la carte sanitaire des filières de soins intégrées et des centres de compétences.

La légère modification apportée à l'alinéa 3 vise à remplacer le terme « anonymisé » par « dépersonnalisé ». En effet, dans certains cas il est nécessaire de pouvoir travailler avec des pseudonymes au lieu de données strictement anonymes. L'identité de la personne concernée n'est alors pas transmise, toutefois des recoupements restent possibles. De même l'énumération des administrations principalement visées en tant que sources d'informations est remplacée par une formulation plus générique, incluant toutes les autorités luxembourgeoises ou étrangères potentiellement détentrices de données pertinentes.

Points 4° et 5° - article 4, alinéa 2 et article 5, alinéa 1

L'article 4, alinéa 2 de la loi hospitalière prévoit déjà que le ministre ayant dans ses attributions la Santé peut imposer au moment de la création et de l'extension de tout établissement hospitalier ou de tout service d'un établissement hospitalier des conditions particulières dans l'intérêt de la santé publique.

Les changements apportés aux articles 4 et 5 de la loi visent à préciser, en cohérence avec l'article 2 de la loi, que ces conditions particulières imposées dans l'intérêt de la santé publique peuvent le cas échéant concerner les qualifications médicales et professionnelles ou les équipements médico-techniques représentés ou pouvant être représentés, des impératifs d'activité minimale, la participation à des filières de soins intégrées, ainsi que des modes de prise en charge préférentiels pour certaines maladies ou groupes de maladies.

Point 6° - article 7, paragraphe 1

Les modifications apportées à l'article 7 de la loi hospitalière visent à étendre les cas dans lesquels le ministre peut mettre en demeure un établissement à deux cas nouveaux :

- le non respect des conditions particulières lui imposées dans l'intérêt de la santé publique conformément aux articles 2, 4 ou 5 de la présente loi, ou
- le fait de contrevenir de façon itérative aux dispositions de la loi hospitalière.

Point 7° - article 10, alinéa 2, point 2)

La modification apportée à l'article 10 de la loi hospitalière vise à préciser que le champ des normes pouvant être prises par voie de règlement grand-ducal est étendu aux modalités de documentation de l'activité.

Point 8° - article 12

La disposition nouvelle introduite au niveau de l'article 12 de la loi hospitalière, couplée avec l'abrogation des articles 12 et 21 actuels vise à faciliter et encourager le regroupement d'activités hospitalières par mise en commun d'activités existantes ou par de nouveaux investissements communs.

D'une part, le taux de 50% de l'aide publique est aboli en faveur de l'application l'article 11 qui prévoit un taux de participation de 80%, d'autre part l'obligation d'organiser ces regroupements au sein d'un GIE a été abandonnée au profit d'un accord préalable du ministre de la Santé sur les éléments essentiels de la structure juridique donnée au regroupement.

Point 9° - article 13, alinéa 2

La modification apportée à l'alinéa 2 de l'article 13 de la loi hospitalière a pour objet d'habiliter un règlement grand-ducal de la détermination des modalités détaillées de la procédure de demande, notamment en ce qui concerne les délais à respecter, les pièces justificatives à joindre au dossier et les cas dans lesquels une étude des besoins et de l'impact sur le système de santé sera dorénavant requise.

Point 10° - article 18

Cet article a pour objet de procéder à une adaptation des missions du commissaire de Gouvernement aux hôpitaux.

Point 11° - article 19, alinéa 2, alinéa 4, alinéas 8 et 9

Cet article procède à des modifications ponctuelles de l'article 19 de la loi. Ces modifications concernent d'une part une légère modification de la composition de la commission permanente pour le secteur hospitalier et, d'autre part, à des adaptations terminologiques. Finalement la modification de l'alinéa 2, point 5) est fonction de l'abolition des articles 34 et 35 de la loi hospitalière au profit de dispositions nouvelles insérées au Code de la sécurité sociale.

Point 12° - article 23

La nouvelle rédaction de l'article 23 vise à souligner dans la loi hospitalière la notion de responsabilité des établissements hospitaliers dans l'évaluation et le contrôle des risques liés aux soins qui y sont prodigués et dans l'évaluation et la promotion de la qualité des prestations qui y sont délivrées. Cette orientation est déjà inscrite dans le chapitre 4 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.

Point 13° - article 26

Les modifications apportées à l'article 26, alinéa 1 concernent la structuration de l'activité médicale. La notion de « service de base », qui a perdu son importance initiale avec le développement général de services plus spécialisés et structurés, est abrogée.

Cela étant, les modalités de structuration des services et le périmètre de l'activité médicale resteront fonction du projet de service tel qu'autorisé en application du plan hospitalier

Point 14° - article 26bis

Cet article introduit au niveau de la loi hospitalière un nouvel article 26bis consacré aux « filière de soins intégrée » et « centre de compétences ».

Pour certaines maladies ou groupes de maladies, il est établi que l'excellence des soins d'un prestataire ou d'un service ne permet d'obtenir un résultat optimal pour le patient que si les soins prodigués s'inscrivent dans une séquence coordonnée de prestations délivrées par des prestataires ou services différents. Cette coordination de prise en charge est idéalement assurée par l'intégration des prestataires concernés. L'intégration horizontale assure la coordination des actions des prestataires vers un objectif commun centré sur le patient, tandis que l'intégration verticale assure la co-responsabilisation des prestataires par rapport aux résultats globaux de la prise en charge.

Cette intégration horizontale et verticale des prestataires impliqués dans la prise en charge de certaines maladies ou groupes de maladies porte le nom de « filière de soins intégrée ». Un contrat d'objectifs et de moyens conclu avec le ministre ayant dans ses attributions la Santé répond à un cahier des charges établissant le ou les besoins de santé publique à couvrir ; l'association de la Caisse Nationale de Santé à ce contrat permet d'allouer les ressources aux divers prestataires en fonction des objectifs poursuivis.

Lorsqu'une ou plusieurs filières de soins intégrées atteignent les objectifs fixés par le contrat conclu avec le ministre ayant dans ses attributions la Santé et la Caisse nationale de Santé (Caisse nationale de santé), tant en matière d'intégration des prestataires qu'en matière de qualité de résultats pour les patients selon les termes du cahier de charges définitif, le titre de « centre de compétences » est conféré à la ou aux filière(s) de soins concernée(s).

Ce dispositif a pour but de coordonner les actions et de responsabiliser les prestataires de soins impliqués dans les prises en charge interdisciplinaires et séquentielles de maladies complexes et/ou prolongées, afin d'en améliorer les résultats. L'appartenance à une telle filière de soins constitue pour le prestataire soucieux de la qualité de ses prestations, désireux de documenter cette qualité, et attentif à la coordination efficace de ses actions avec celles de ses partenaires, l'opportunité de faire partie d'un « centre de compétences » reconnu pour une maladie ou un groupe de maladies.

Le label « centre de compétences » ne peut être décerné à un seul service ou prestataire, mais recouvre l'action concertée de plusieurs services et/ou prestataires intégrés en filière, pouvant dépasser ainsi le cadre géographique d'un établissement hospitalier et favorisant les coopérations entre les établissements et les divers secteurs de soins (hospitaliers, ambulatoires, de rééducation, long séjour, ...)

Point 15° - article 29

Le présent article vise à ancrer au niveau de l'article 29 de la loi hospitalière la notion de médecin-coordonateur. Le médecin-coordonateur est l'interlocuteur du directeur médical et des autres organes de l'établissement qui assurent le développement et la coordination de l'activité médicale d'un ou d'un groupement de services hospitaliers conformément aux objectifs du ou des projet(s) de service afférents et aux orientations du projet d'établissement de l'établissement.

Son rôle primaire est d'assurer, en étroite collaboration avec le responsable des soins et le pharmacien responsable, une fonction de coordination et de planification de l'activité médicale. Dans ce contexte il veillera notamment 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 et à l'utilisation efficace des ressources disponibles.

Si le médecin coordinateur ne peut directement intervenir dans le traitement d'un patient déterminé, il doit néanmoins pouvoir disposer d'un droit de regard sur l'activité du service qu'il est censé coordonner.

Point 16° - article 31

L'article 31 actuel de la loi hospitalière n'est pas sans poser problème.

En effet, d'une part, malgré la signature en 2002 d'un accord entre l'Association des médecins et des médecins-dentistes et l'Entente des hôpitaux luxembourgeois portant sur le contrat-type de nombreux contrats-types ne semblent pas correspondre à son contenu. D'autre part, si la démarche choisie a comme mérite la recherche d'un accord entre organismes représentatifs des établissements hospitaliers et des prestataires concernés, la régularité constitutionnelle de ce type de mécanisme est sujette à caution.

Sans modifier, quant au fond, l'objet de cet article 31, le présent ajout vise ainsi à préciser le statut du médecin hospitalier en clarifiant sa position dans le fonctionnement interne de l'établissement hospitalier.

Point 17° - article 33

Les modifications apportées à l'article 33 de la loi hospitalière ont pour but d'adapter le régime des pharmacies hospitalières. A l'heure actuelle, sauf pour la clinique Ste Marie d'Esch-Alzette qui est desservie en coopération avec la pharmacie de l'Hôpital Kirchberg, tous les établissements hospitaliers concernés disposent d'une pharmacie hospitalière propre.

La nouvelle rédaction de l'article 33 vise aussi à permettre la mise en place de structures communes à plusieurs hôpitaux, permettant ainsi de réaliser davantage de synergies. Déjà aujourd'hui les pharmacies hospitalières du pays coopèrent au niveau de l'Entente des hôpitaux luxembourgeois à travers des négociations communes pour l'achat de produits pharmaceutiques.

Point 18° - articles 16, 21, 34 et 35

L'abrogation de l'article 16 de la loi hospitalière vise à abolir l'obligation de confectionner un projet de loi pour des projets d'importance mineure. Il est entendu qu'il ne restera pas moins obligatoire de confectionner un projet de loi pour tout projet dépassant le seuil de droit commun fixé en application de l'article 99 de la Constitution.

L'article 21 est abrogé pour être couvert par les dispositions nouvellement introduites au niveau de l'article 12 de la loi hospitalière conformément à ce qui est dit à l'article 8 ci-avant.

Les articles 34 et 35 de la loi hospitalière sont abrogés au profit de dispositions nouvelles insérées au niveau du Code de la sécurité sociale.

Dispositions financières

Article 3

La baisse de la réserve minimale de 10% à 5,5% a servi de mesure unique pour compenser pour l'exercice 2010 le déficit de l'assurance maladie-maternité. La réserve minimale est reconstituée progressivement sur 3 ans.

Pour permettre à la Caisse nationale de santé de faire face à d'éventuelles impasses de trésorerie passagères dans sa gestion « maladie », une ligne de crédit lui est ouverte auprès de sa gestion « dépendance ».

Article 4

Pour les deux années à venir, les lettres-clés des médecins et autres professionnels de santé sont maintenues au niveau actuel. La lettre-clé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique est adaptée de façon plus substantielle, à savoir une diminution de 0,3557 à 0,3050, et ceci pour tenir compte des gains d'efficacité et des économies d'échelle que ce secteur a rencontrés notamment vu le progrès technique considérable des quinze dernières années. En outre, l'offre de ce secteur, aussi bien privée qu'hospitalière, dépasse largement les besoins effectifs de la population et ne peut pas être justifiée par « l'utile et le nécessaire ».

Article 5

La présente disposition vise à maîtriser l'évolution du coût global de l'assurance maladie-maternité et d'assurer la pérennité de notre système de santé.

Le principe du redressement financier à court terme de l'assurance maladie-maternité ancré dans le projet de réforme prévoit la couverture d'un déficit de 100 millions euros par :

- 50% par voie de recettes supplémentaires découlant d'une augmentation des cotisations de 0,4% (article 7 de la présente loi),
- 25% par voie d'adaptation statutaire des prestations et des participations des patients (alinéa 2 du présent article),
- 25% par voie d'économies directes sur les tarifs des prestataires de soins.

L'apport des prestataires de soins se décompose en différentes mesures :

- Le gel des lettres-clé des prestataires de soins prévu à l'article 4 de la présente loi doit apporter une économie de min. 3 mio. €. Il faut associer à cette mesure la réduction de la lettre-clé des laboratoires qui doit également apporter quelques 3 mio. €.
- Une adaptation de l'abattement des pharmaciens se fera par règlement grand-ducal suivant les dispositions de l'article 67, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale et devrait apporter 0,5 mio. €.
- L'introduction d'une enveloppe budgétaire hospitalière globale vise à ramener le taux de croissance de ce secteur de +/-6% à 3% et devra dégager au moins 10 mio. € par rapport à l'évolution à législation constante.
- L'adaptation ciblée de certains actes médicaux est sensée apporter une économie de l'ordre de 8,5 mio. € par rapport à la situation actuelle (alinéa 1 du présent article).

Une disposition correspondante à celle de l'alinéa 1 avait déjà été prise lors de la crise au début des années quatre-vingt. Elle ouvre la voie à des négociations avec les prestataires de soins afin de trouver des pistes d'épargne dans leurs schémas de rémunération. Il est proposé de faire une économie de l'ordre de 8 à 9 millions euros par rapport au budget 2010.

Par analogie, l'alinéa 2 prévoit de réaliser une économie équivalente en agissant sur la prise en charge des prestations de soins et des médicaments. Etant donné que le budget des frais pour soins de santé s'élève pour 2010 à 1441,7 millions d'euros, une économie à réaliser à hauteur de 25 millions d'euros équivaut à 1,73 pour cent.

Article 6

La réforme structurelle du financement du secteur hospitalier prévoit à l'article 74 du Code de la sécurité sociale l'introduction d'une enveloppe budgétaire globale. Tel qu'exposé cette mesure fait partie des mesures ciblant à mettre en place une gouvernance commune pour l'ensemble des établissements hospitaliers et est principalement destinée à cadrer l'évolution financière à terme de ce secteur. Le présent alinéa arrête une fixation initiale de cette enveloppe. La procédure d'établissement des budgets spécifiques des établissements hospitaliers prévue à l'article 77 est adaptée en conséquence. Ces budgets peuvent exceptionnellement être fixés jusqu'au 1^{er} juillet 2011.

Article 7

Une augmentation limitée des cotisations de 0,40 %, attribuant de façon contrôlée et équitable les dépenses supplémentaires aux budgets des ménages, des employeurs et de l'Etat est nécessaire afin de reconstituer la réserve minimale précitée, de compenser partiellement et de façon complémentaire aux mesures plus radicales l'excédent des charges du système de soins de santé et de donner les délais nécessaires aux mesures structurelles d'être mis en œuvre respectivement de montrer leurs effets.

Dispositions abrogatoires

Article 8

Le projet de loi introduit au Code de la sécurité sociale un nouvel article 22bis relatif à l'établissement de groupes de médicaments à même principe actif principal. Cette disposition risque de faire double emploi avec l'article 18bis de la loi modifiée du 11 avril 1983 portant réglementation de la mise sur le marché et de la publicité des médicaments. L'article 18bis a été introduit par la réforme de 1992, mais jamais appliqué. Il prévoit déjà une liste de transparence de produits « d'une valeur thérapeutique comparable ». Il y a partant lieu de l'abroger.

Dispositions transitoires

Article 9

Les litiges actuellement pendants sont à traiter en application de l'ancienne procédure et l'ancienne composition en place, alors que le nouveau régime et la nouvelle composition doivent être mis en place en janvier 2011.

Article 10

Un délai supplémentaire est accordé aux prestataires de soins et à la Caisse nationale de santé pour négocier l'insertion des dispositions obligatoires révisées à l'article 64 du Code de la sécurité sociale dans les conventions respectives.

Article 11

Les paragraphes 1 et 2 autorisent l'engagement des fonctionnaires et employés nécessaires au bon fonctionnement de la Cellule d'expertise médicale prévue à l'article 65bis. Cette cellule est soumise à la tutelle conjointe des ministres ayant la Santé et la Sécurité sociale dans leurs attributions et est rattachée administrativement à l'Inspection générale de la sécurité sociale. Complémentairement des médecins conseils sont détachés par la Direction de la Santé et par le Contrôle médical de la sécurité sociale.

Du fait du transfert de l'attribution de la fixation du prix public des médicaments du ministère de l'Economie vers le ministère de la Sécurité sociale, il est créé un poste supplémentaire de la carrière moyenne du rédacteur auprès du département de la Sécurité sociale. Actuellement cette mission constitue une tâche complète d'un fonctionnaire de la carrière moyenne du rédacteur auprès du ministère de l'Economie.

Le paragraphe 3 autorise l'engagement de deux médecins-conseil afin de permettre au Contrôle médical de la sécurité sociale de faire face aux attributions supplémentaires qui résultent de la présente réforme et de la réforme de l'assurance accident.

Les deux postes de médecins-conseil étaient déjà, en raison de nouvelles missions, prévus dans le projet de loi n°5899 portant réforme de l'assurance accident et y ont été enlevés avec la motivation suivante :

« Le Conseil d'Etat relève que l'article 11 du texte gouvernemental prévoit un changement de la loi budgétaire pour l'exercice 2010 en autorisant le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale à procéder au courant de l'exercice 2010 à l'engagement de deux fonctionnaires de la carrière supérieure du médecin-conseil pour les besoins du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Compte tenu du report de l'entrée en vigueur de la loi, la commission a proposé par voie d'amendement de supprimer cet article. Les dispositions afférentes sont à inclure dans la loi budgétaire pour 2011. »

Il convient dès lors de reprendre ladite disposition dans le cadre de la présente réforme.

Le paragraphe 4 autorise 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. La création du poste de la carrière supérieure 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. Le poste de la carrière moyenne est motivé 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. Le nouveau règlement 883/2004 impose des changements dans les procédures administratives des institutions de sécurité sociale : le service juridique et international de l'Inspection générale de la Sécurité sociale a dans ce domaine un rôle de coordination interne, de suivi et de contrôle au niveau des institutions luxembourgeoises, afin d'assurer une bonne application

du droit communautaire. Par ailleurs les tâches de la Commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants, dénommée à l'avenir, Commission administrative pour la coordination des systèmes de sécurité sociale, sont multipliées sous le règlement 883/2004 alors qu'elle a dorénavant, en plus de son rôle « administratif », un rôle de « médiateur » en cas de divergence de vues entre les Etats membres dans l'application des règles de coordination. Le Luxembourg est représenté auprès de cette commission par le service juridique et international de l'Inspection générale de la sécurité sociale. Les tâches du service juridique et international de l'Inspection générale de la sécurité sociale ayant dès lors considérablement augmentées, il y a lieu de renforcer ledit service.

Article 12

Cette 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

Entrée en vigueur

Article 13

L'entrée en vigueur générale est fixée au 1^{er} janvier 2011, à l'exception

- des dispositions du nouvel article 22bis du Code de la sécurité sociale concernant l'établissement de la base de remboursement et de la substitution des médicaments qui nécessite une phase de préparation et d'information de sorte que cette entrée en vigueur est reportée au 1^{er} janvier 2012,
- des dispositions de l'alinéa 7 de l'art 74 concernant la débudgétisation des laboratoires hospitaliers et leur fonctionnement suivant les modalités extrahospitalières pour ce qui concerne leur activité dans ce domaine.