



CHAMBRE DES SALARIES
LUXEMBOURG

18 novembre 2010

AVIS I/84/2010

relatif au 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

relatif aux amendements gouvernementaux au 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

..... AVIS

Sommaire

Introduction (p. 5)

I. Pour une politique de santé de qualité élevée dans l'intérêt des patients (p. 6)

1.	Au-delà de la maîtrise des coûts	6
2.	Les principes d'un système de santé de qualité élevée	7
3.	Les droits des patients	9
4.	De quelle médecine avons-nous besoin à l'avenir ?	11
	4.1. Coordination accrue des efforts de prévention.....	11
	4.2. Une prospective financière prenant mieux en compte les maladies en progression.....	12
5.	Le médecin référent <i>[article 1, point 8°, introduisant l'article 19bis dans le CSS et amendements 2°, 3° et 14°]</i>	16
6.	Le tiers payant <i>[article 1, point 14°, modifiant l'article 24 du CSS]</i>	18
7.	Le dossier des soins partagé et la protection des données à caractère personnel <i>[l'article 1, point 32°, introduisant l'article 60 quater dans le CSS et amendements 8° et 9°]</i>	19
8.	Les voies de recours et l'accès aux bases de données de la sécurité sociale pour l'assuré <i>[l'article 1, points 26° et 28°, modifiant les articles 47 et 51, alinéa 2 du CSS]</i>	21
	8.1. Des voies de recours extrajudiciaires peu effectives.....	21
	8.2. L'accès de l'assuré aux informations	22

II. L'organisation de l'assurance maladie luxembourgeoise (p. 23)

1. Organisation actuelle	
<i>(articles 396 à 412 du CSS)</i>	23
2. Contrôle tutélaire des institutions de sécurité sociale	
<i>(articles 422-424 du CSS)</i>	24
3. La mise en cause de l'autonomie de gestion par le projet de loi sous avis	
<i>(article 1, point 18°, modifiant l'article 30, alinéa 2 du projet)</i>	25
4. Le Contrôle médical de la sécurité sociale	
<i>(article 1, point 64°, modifiant l'article 418 du CSS)</i>	25
4.1. L'absence de participation des partenaires sociaux dans la gestion du CMSS	26
4.2. La constatation de l'état de santé des assurés par le CMSS.....	26
4.3. L'incompatibilité du droit du travail et de la sécurité sociale en ce qui concerne le renversement de la présomption de l'incapacité de travail.....	26
5. L'établissement de la liste positive des médicaments	
<i>(article 1, points 10° et 11°, modifiant l'article 22 du CSS et introduisant l'article 22 bis dans le CSS)</i>	27
6. Le conventionnement général et obligatoire entre prestataires de soins et la CNS	
<i>(article 1, points 34° et 35°, modifiant les articles 64 et 65 du CSS)</i>	29
6.1. Violation du principe de la liberté contractuelle	29
6.2. Le conventionnement : garant d'un système accessible, abordable et équitable des soins de santé	30
7. La nécessité d'une révision des nomenclatures	
<i>(articles 1, point 35°, modifiant l'article 65 du CSS)</i>	31
8. La Commission de nomenclature encadrée par deux nouveaux organes : la Cellule d'expertise médicale et le Conseil scientifique	
<i>(articles 1, points 35° et 36°, modifiant l'article 65 du CSS et introduisant l'article 65bis dans le CSS)</i>	31
9. La réforme des attributions conférées à la Commission de surveillance	
<i>(article 1, points 42° et 45°, modifiant l'article 72 du CSS et introduisant l'article 73bis dans le CSS)</i>	32

10. Désignation des assesseurs du Conseil arbitral de la sécurité sociale et du Conseil supérieur de la sécurité sociale <i>[article 1, points 66° du projet modifiant l'article 454, paragraphe 3, alinéa 6 du CSS]</i>	34
11. Coût et financement de la santé	35
11.1. Le coût de la santé.....	35
11.2. Le financement de la santé.....	37
11.2.1. Situation actuelle	37
11.2.2. Mesures de financement prévues dans le projet de loi	38
11.2.2.1. Au niveau des recettes.....	38
11.2.2.2. Au niveau des dépenses.....	43
11.2.2.3. Au niveau du fonds de roulement (article 3 et amendements 24°).....	50

III. Le secteur hospitalier (p. 52)

1. L'organisation interne des hôpitaux et la qualité des soins	52
1.1. Observations concernant la politique hospitalière..... <i>[article 2, point 2° modifiant l'art. 2 de la loi hospitalière du 28.8.1998]</i>	52
1.1.1. La dotation en lits	52
1.1.2. Le virage ambulatoire.....	52
1.2. L'organisation interne des hôpitaux et l'assurance qualité	53
1.2.1. L'hôpital et ses acteurs	53
1.2.2. La qualité des prestations <i>[article 2, point 12° modifiant l'art. 23 de la loi hospitalière du 28.8.1998]</i>	57
2. L'introduction de filières de soins intégrées et de centres de compétences dans le milieu hospitalier <i>[article 2, point 14° introduisant l'art. 26bis dans la loi hospitalière du 28.8.1998]</i>	58
3. Les médecins coordinateurs <i>[article 2, point 15° complétant l'art.29 de la loi hospitalière du 28.8.1998]</i>	60
4. Les laboratoires hospitaliers <i>[art.26 de la loi hospitalière du 28.8.1998 et article 1^{er}, point 46° du projet de loi modifiant l'art. 74 CSS]</i>	61
5. Les maisons médicales et les policliniques	62
Conclusions	63
Annexe	66

Par lettre en date du 4 octobre 2010 réf. : OUT-2010/10/05-1-00243, Monsieur Mars Di Bartolomeo, ministre de la Sécurité sociale, a saisi pour avis notre Chambre professionnelle du 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.

Le 12 novembre 2010, notre Chambre a été saisie des amendements gouvernementaux relatifs au projet de loi cité ci-dessus.

Etant donné que les travaux préparatoires à la rédaction de l'avis étaient déjà quasiment achevés, la CSL fait, à chaque chapitre du présent avis, référence aux articles du projet de loi initial ainsi qu'aux amendements pour autant qu'ils apportent des changements aux dispositions du texte initial.

Introduction

Le droit à la santé, ou tout au moins à sa protection, est un bien fondamental. Le texte de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) énonce que "la possession du meilleur état de santé qu'il soit capable d'atteindre constitue un des droits fondamentaux de tout être humain quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique et sociale".

Nombreux sont les instruments internationaux ayant trait aux Droits de l'Homme qui font référence à la santé. Parmi les plus importants à ce jour: le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966, la Convention sur toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes de 1979 et la Convention relative aux Droits de l'Enfant de 1989.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit en effet la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

La santé est multifactorielle ; elle est déterminée en partie par le respect des autres droits fondamentaux comme le logement ou encore l'éducation. Une véritable politique de santé ne peut en aucune manière se résumer en une politique des soins, et beaucoup moins encore en une politique de maîtrise des coûts.

C'est pourquoi la première partie de l'avis de la Chambre des salariés est consacrée aux exigences d'une véritable politique de santé de qualité élevée dans l'intérêt des patients.

Dans un deuxième temps, nous analyserons les implications du projet de loi et de ses amendements sur la gestion et le financement de l'assurance maladie. Finalement, une troisième partie traitera de l'organisation du secteur hospitalier.

I. Pour une politique de santé de qualité élevée dans l'intérêt des patients

1. Au-delà de la maîtrise des coûts

Une politique visant à maintenir l'évolution des coûts de la santé dans le même ordre de grandeur que la progression de la totalité des dépenses publiques n'est pas forcément réaliste d'un point de vue économique. Hormis les facteurs du développement des technologies médicales et du vieillissement de la population, la santé, qui n'est pas une marchandise, peut être qualifiée de bien supérieur, c'est-à-dire un bien ou un service dont la consommation augmente plus que proportionnellement à l'augmentation du revenu. Dans les sociétés économiquement avancées, les citoyens accordent en effet proportionnellement plus d'importance à la santé au fur et à mesure que le revenu augmente.

La CSL tient à signaler que des services de santé de qualité élevée accessibles et disponibles à chaque individu, indépendamment de son revenu, ont un effet bénéfique sur la société et l'économie d'un pays et contribuent par là à une plus-value pour la société.

Force est cependant de constater que l'objectif principal du projet de loi sous avis est non pas de mettre la santé de l'individu au premier plan, mais la limitation de la progression des coûts en matière de santé. Loin d'associer tous les acteurs à une démarche holistique en matière de santé, qui accorderait notamment une importance accrue à la prévention et à la détection précoce des maladies, le projet de loi cimente le pouvoir discrétionnaire du Gouvernement qui pourra décider unilatéralement de la politique à mener en matière de santé tout en imputant les coûts y relatifs aux partenaires sociaux.

La Chambre des salariés rappelle toutefois les bonnes intentions du Gouvernement exprimées dans le programme gouvernemental de 2009. En matière de politique de santé, on peut y lire notamment :

Le Gouvernement poursuivra ses efforts afin de garantir à la population un système de santé de qualité tout en mettant le concept de promotion et de prévention au centre de la politique en matière de santé publique. Cette approche ne se concentre plus exclusivement sur la médecine curative et le financement des systèmes de soins.

Le Gouvernement veillera à ce que notre système de santé, avec ses institutions et ses professionnels, mette le patient, la personne, au centre de ses préoccupations et de ses missions.

L'initiative « Vers un Plan national Santé » sera résolument poursuivie. Elle compte sur la mobilisation de tous les acteurs, la création de réseaux et un partenariat sur le terrain. La santé est un thème transversal qui mérite sa place et son rôle dans toutes les politiques et dans tous les domaines d'une société moderne.

Le Gouvernement poursuivra ses efforts pour élaborer un concept national qui repose sur les principes de l'accessibilité à des soins de qualité sans distinction de revenus et qui présuppose donc un financement solidaire du système.

Le Gouvernement poursuivra la mise en place, en collaboration avec la Caisse nationale de Santé et avec son soutien financier, un large éventail de mesures de prévention, de dépistage et de détection précoce de certaines maladies de concert avec les médecins, les professionnels de la santé ainsi qu'avec les autres acteurs du terrain:

- *un programme d'action, de prévention et de dépistage des facteurs de risque des maladies cardio- et cérébrovasculaires;*
- *un plan cancer et la mise en place d'un registre des cancers;*
- *un programme de mise à disposition gratuite de moyens contraceptifs;*

- un programme de prévention et de prise en charge optimale du diabète;
- un programme de prévention et de dépistage précoce du cancer colorectal.

Bien entendu les programmes ayant fait leurs preuves tels que

- *le programme mammographie,*
- *les campagnes de vaccination contre, entre autres, le « Human Papilloma Virus »,*
- *l'initiative « gesond iessen, méi bewegen »,*
- *la promotion de l'allaitement,*
- *le programme de sevrage tabagique*

seront poursuivis.

Force est cependant de constater que le projet de loi sous avis contient peu des principes retenus dans le programme gouvernemental.

Dans ce qui suit, notre Chambre retrace les principes auxquels devrait obéir un système de santé de qualité élevée :

2. Les principes d'un système de santé de qualité élevée

Un système de services de santé qualitativement élevé doit répondre aux critères suivants :

Des services de santé de qualité respectent la dignité humaine et les droits fondamentaux.

Les services doivent être accessibles, disponibles et orientés vers les besoins spécifiques des usagers, avec une protection spéciale pour les personnes les plus vulnérables et celles menacées d'exclusion ou exclues. Les autorités publiques ont une responsabilité particulière d'assurer que des services de santé de qualité soient dispensés sur la base de la solidarité et dispensés à tous les citoyens, indépendamment de leurs revenus. Ces conditions impliquent qu'il existe une primauté de la politique sociale sur la politique de libre concurrence, une primauté des considérations de santé publique sur des calculs coûts-utilité.

Des services de santé atteignent des objectifs soumis à évaluation.

Les services de santé qualitatifs doivent être adaptés aux besoins des personnes à traiter. Ils doivent être efficaces et évalués de manière régulière. Une évaluation de la satisfaction des usagers doit avoir lieu de manière continue, elle doit être publiée, diffusée et incluse dans les objectifs qu'un prestataire doit atteindre.

Des services de santé de qualité sont adaptés aux besoins de chaque individu.

Les êtres humains sont différents dans leurs besoins et ces besoins changent au courant de leurs vies. C'est ainsi que des services de qualité doivent évoluer pour répondre au mieux aux besoins des usagers ; ils doivent respecter des différences culturelles et assurer une véritable interaction entre bénéficiaire et prestataire.

Des services de santé de qualité assurent une sécurité pour tous les usagers, y inclus les plus vulnérables.

La relation entre prestataire et bénéficiaire de soins est inégale, non seulement à cause de l'état de maladie du bénéficiaire, qui le fragilise. Les soins doivent donc être fournis dans un environnement

sain et sécurisé afin que la sécurité physique des usagers, de leurs familles et des prestataires soit assurée. Les usagers doivent être clairement informés sur la possibilité de porter plainte et le destinataire des réclamations. A titre d'exemple, les groupes de personnes particulièrement vulnérables sont des personnes âgées et des enfants.

Des services de santé de qualité garantissent la participation des usagers qui sont encouragés à être impliqués dans la politique de soins.

Les patients étant une partie prenante du système de santé (*stakeholder*), il est nécessaire de les intégrer activement dans l'organisation et l'évaluation du système, notamment pour vérifier l'accessibilité aux soins, la compréhension et la capacité d'expression des personnes traitées, notamment s'il s'agit de personnes vulnérables (personnes âgées, enfants, immigrés).

Des services de santé de qualité sont holistiques et continus.

Une même personne a généralement besoin de services de santé différents au cours de sa vie. C'est pourquoi une politique de soins de qualité doit adopter une approche de cycle de vie permettant au bénéficiaire d'avoir accès de manière continue aux soins adaptés à sa situation momentanée. Cette approche est d'autant plus importante que les bénéficiaires sont vulnérables. Ainsi, une personne à mobilité réduite a besoin de soins différents pendant des phases différentes de sa vie (soins aigus après l'accident, rééducation, suivi psychologique pendant les périodes de chômage...). Une telle approche holistique accroît au maximum les chances d'intégration des patients.

Des services de santé de qualité sont fournis en partenariat avec des communautés et d'autres acteurs.

Pour permettre aux bénéficiaires le meilleur accès aux soins, il importe de développer des réseaux locaux de soins associant pleinement toutes les parties prenantes (communautés locales, usagers et leurs familles, prestataires, salariés qualifiés).

Des services de santé de qualité sont dispensés par des salariés formés de façon optimale et travaillant dans des conditions de travail et d'emploi de qualité élevée.

Des emplois stables et de qualité élevée ainsi que l'investissement dans la formation continue sont indispensables lorsqu'il s'agit de fournir des soins de qualité. Un environnement de travail qualitatif est celui qui est caractérisé par des salaires convenables, la formation tout au long de la vie, la réduction du stress professionnel, le partage vie-travail équitable, l'égalité entre hommes et femmes.

Toutes les catégories de personnel doivent être formées de façon optimale pour servir dans le respect de la dignité humaine les catégories de la population qu'elles soignent.

Des services de santé de qualité sont organisés de façon transparente et responsable.

Les services de santé de qualité doivent être fournis sur la base de l'ouverture, de la transparence, de l'efficacité et de la responsabilité. Ils doivent incorporer les meilleures connaissances et pratiques disponibles à un moment donné. Ceci implique des informations claires, accessibles et compréhensibles pour les usagers, leurs familles et les communautés, sur la manière dont les soins sont dispensés, sur leur financement (prise en charge) et sur leur qualité.

Les patients et leurs familles doivent en outre être clairement informés sur les services auxquels ils peuvent s'adresser pour demander des précisions, exprimer des satisfactions et présenter des réclamations.

Des mécanismes de contrôle sont à instaurer pour surveiller le bon déroulement des services de santé.

3. Les droits des patients

L'affirmation des droits des patients s'inscrit dans les droits de l'homme et a pour objectif de promouvoir à terme leur autonomie. Ces droits se trouvent donc souvent imbriqués les uns dans les autres. La charte européenne de droits du patient, rédigée en 2002 par Active Citizenship Network, proclame 14 droits.

Dans un avis du 26 septembre 2007¹, le Comité économique et social européen (CESE) reconnaît ces droits. D'après lui, trois droits présentent un aspect transversal ou préalable à d'autres droits :

- **le droit à l'information** : l'information concerne en premier lieu le patient en traitement. L'information doit concerner la maladie, son évolution possible, les traitements possibles avec leurs intérêts et leurs risques, les caractéristiques des structures ou des professionnels dispensant ces soins, les impacts de la maladie et des traitements sur la vie du malade ;
- **le droit au consentement libre et éclairé** : il s'agit d'affirmer le droit à la participation des patients dans les décisions les concernant. Ceci ne signifie pas un transfert de la responsabilité du médecin sur le patient, mais d'envisager leur interaction dans une perspective d'alliance thérapeutique, chacun restant à sa place, avec ses droits et son périmètre de responsabilité ;
- **le droit à la dignité** : sous cette appellation, doit être compris le droit à l'intimité, le droit à la prise en charge de la douleur, le droit à une fin de vie digne, la protection de l'intégrité du corps, le respect de sa vie privée et le principe de non-discrimination.

D'autre part, un certain nombre d'autres droits individuels sont à mettre en œuvre dans une démarche de santé publique :

- **le droit à l'accès aux soins pour tous**, c'est-à-dire non seulement un accès aux droits et à la protection sociale, mais également un accès direct à l'ensemble des services et des professionnels de soins, sans discrimination du fait de la situation sociale ou économique de la personne ;
- **le droit à la qualité des soins, y compris le contrôle de la qualité** : toute personne a, compte tenu de son état de santé, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des meilleures thérapies et des médicaments offrant le meilleur rapport coût efficacité, **y compris les méthodes et traitements de la médecine alternative** ;
- **le droit aux examens précoces ainsi qu'à la prévention et à la sécurité des soins**: les citoyens veulent que le système de santé s'organise autour et au service de personnes. Ils veulent mieux comprendre les stratégies thérapeutiques qui leur sont proposées, participer à un effort à la fois personnel et collectif de prévention, veiller à ce que les choix de société, les comportements et les consommations ne nuisent pas à la santé ;

Au Luxembourg, la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers a introduit pour la première fois les droits et devoirs des patients dans un texte de loi.

¹ Avis du Comité économique et social européen sur «Les droits du patient», [2008/C 10/18]

Ces droits énumèrent notamment:

- l'obligation de tenir un dossier du patient qui lui est accessible et dont le contenu est fixé par la loi ;
- l'accès aux soins préventifs, curatifs et palliatifs que requiert l'état de santé du patient, conformes aux données acquises par la science et à la déontologie ;
- la protection de la vie privée, la confidentialité, la dignité et le respect des convictions religieuses et philosophiques ;
- le libre choix de l'hôpital et des médecins y admis à exercer ;
- le droit à l'information adéquate sur l'état de santé et les traitements proposés en vue du consentement éclairé du patient ;
- la possibilité de refus ou d'acceptation de toute intervention diagnostique ou thérapeutique, sans préjudice des prises en charge visant à soulager la douleur et la souffrance ;
- l'équité d'accès à la qualité des soins et aux moyens dont dispose l'établissement, sans préjudice des priorités dues aux degrés d'urgence des prestations ;
- l'existence d'un règlement d'ordre intérieur précisant notamment les heures de visite ;
- l'apaisement des douleurs et des souffrances, le maintien de la qualité de survie et l'accompagnement du patient et de ses proches, en cas d'affection incurable et terminale ainsi que la prohibition de l'acharnement thérapeutique ;
- l'information adéquate sur les modalités pratiques et les conditions financières du séjour y compris les montants à charge du patient ;
- la connaissance de l'identité et de la qualification des prestataires avec lesquels le patient est en contact ;
- le dépôt et l'obligation de traitement des suggestions, doléances et plaintes.

La Chambre des salariés rappelle que le programme gouvernemental de 2009 prévoit ce qui suit en matière de droits des patients :

Le Gouvernement déposera un projet de loi relatif aux droits et obligations du patient qui permettra la création:

- *d'une gestion des plaintes orientée sur le patient;*
- *d'une instance de médiation pour prendre en charge les plaintes des patients, en collaboration avec le Centre de Médiation;*
- *d'une association de patients représentative;*
- *d'un système de documentation de l'activité médicale (hospitalière) homogène pour tout le secteur.*

Notre Chambre regrette que le projet de loi sous avis ne fasse aucune mention de la concrétisation des annonces du Gouvernement. Voilà pourquoi elle réclame l'élaboration rapide d'un projet de loi en matière de droits des patients ayant également pour but l'élaboration d'une véritable charte des droits des patients basée sur les principes énoncés ci-dessus. Ce projet de loi devrait en outre prévoir l'instance de médiation ainsi qu'un meilleur financement de l'association représentative des patients.

4. De quelle médecine avons-nous besoin à l'avenir ?

Les progrès de la médecine et le développement des systèmes de protection sociale ont globalement induit une transition épidémiologique² qui s'est traduite par moins de prise en charge de courte durée et surtout davantage de maladies chroniques. Ce phénomène est accru par le vieillissement de la population. La prise en charge des personnes malades chroniques implique des prises en charge de longue durée; ces malades acquièrent alors des connaissances par leur expérience de recours au système de soins et par leur expérience de la maladie.

Cette évolution des besoins et attentes des personnes vis-à-vis de leur prise en charge s'inscrit dans une évolution plus profonde de la société qui tend à promouvoir le modèle de l'autonomie de la personne et l'affirmation de ses droits.

Comme l'écrit également le CESE dans son avis cité ci-dessus, l'ensemble de ces facteurs permet de conclure à un épuisement du modèle paternaliste des interactions entre le médecin et son patient, ce qui nécessite de penser autrement la place du patient dans son interaction avec le système et implique l'affirmation et la mise en œuvre de nouveaux droits et devoirs.

4.1. Coordination accrue des efforts de prévention

Force est cependant de constater que le projet de loi reste entièrement muet sur la place des patients, c'est-à-dire des personnes ayant recours au système de soins, qu'ils soient en bonne santé ou souffrants, alors que l'on constate une évolution des besoins de santé et des attentes des populations, et d'ailleurs de manière générale, une évolution politique qui aspire à accorder de plus en plus de place à la parole de l'individu.

Or une politique de santé de qualité exige une action cohérente et coordonnée des divers échelons de la Sécurité sociale et des administrations gouvernementales. Elle demande des choix politiques clairs et de la continuité. Mais ces choix ne peuvent être faits seulement par les experts. Ils doivent être débattus aussi avec les citoyens, lesquels vont eux-mêmes être impliqués, comme les médecins.

La santé publique ne peut plus se résumer à un système où l'assurance maladie prend principalement en charge les soins et néglige toute prévention. La Chambre des salariés salue expressément les efforts réalisés par la Caisse nationale de santé et le Gouvernement, bien qu'elle ne puisse accepter l'orientation du projet de loi visant à accorder quasi exclusivement le pouvoir de décision au Gouvernement tout en imputant le coût financier principalement à la CNS.

Ce qui manque toutefois dans la politique de santé du Luxembourg, ce sont des dispositions visant à réduire les inégalités sociales face à la maladie et à la mort. Dans d'autres pays européens, si les taux de décès ont diminué pour toutes les causes de mortalité et pour toutes les catégories sociales, la surmortalité des salariés accomplissant des tâches manuelles et répétitives par rapport aux cadres supérieurs et aux professions libérales demeure importante.

Tel est probablement également le cas au Luxembourg, mais nous ne disposons pas de statistiques sur l'espérance de vie en fonction des catégories socioprofessionnelles, à l'instar de nos pays voisins. La CSL demande d'établir de telles statistiques également pour notre pays, tant en ce qui concerne l'espérance de vie que l'espérance des années de vie passées en bonne santé.

² L'épidémiologie est l'étude des facteurs influant sur la santé et les maladies des populations humaines. Il s'agit d'une science qui se rapporte à la répartition, à la fréquence et à la gravité des états pathologiques.

L'étude de la répartition et des déterminants des événements de santé sert de fondement à la logique des interventions faites dans l'intérêt de la santé publique et de la médecine préventive.

La reconnaissance de l'épidémiologie comme champ d'étude est relativement récente, puisque la première étude significative remonte à 1854, mais elle est l'un des piliers de la santé publique et de la médecine à travers l'histoire.

L'utilité de telles statistiques serait de mieux cibler des efforts de prévention et de procéder à des formations continues et des adaptations des postes de travail des personnes les plus vulnérables. En outre pourrait-on envisager des réformes sur l'âge de départ à la retraite en permettant aux personnes ayant travaillé dans des conditions plus difficiles de partir à un âge plus précoce.

Les écarts en matière de taux de décès résultent d'abord des inégalités dans les conditions de vie et de travail. Souvent, des inégalités dans l'accès aux soins ne font qu'ajouter une touche supplémentaire: même un système de santé très égalitaire ne peut corriger les inégalités liées à la différence d'exposition aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, ou l'inégale tendance à adopter des conduites à risque (tabac, alcool) selon le milieu social. Les inégalités de santé s'étendent évidemment aux enfants en fonction de la catégorie sociale de leurs parents. Une récente étude montre d'ailleurs que des facteurs socioéconomiques, en particulier le revenu et le niveau d'éducation, ont bien une influence sur la prévalence du surpoids et de l'obésité.

Une vraie réforme de la santé supposerait donc également de resituer les problèmes de santé dans un cadre plus vaste. Même si les choses bougent et les campagnes de prévention sont multipliées, on reste souvent à des efforts qui visent les individus et les dimensions sociales restent largement ignorées (p.ex. en ce qui concerne le taux élevé des suicides au Luxembourg).

4.2. Une prospective financière prenant mieux en compte les maladies en progression

Comme nous l'avons déjà mentionné, le projet de loi est axé principalement sur une logique de maîtrise des coûts à court et moyen terme. Les phénomènes cités au point précédent auront toutefois probablement comme effet une augmentation du coût de la santé nécessitant des moyens de financement supplémentaires, qui, d'après notre Chambre, doivent dans tous les cas être dégagés de manière solidaire et socialement acceptable.

En ce qui concerne les maladies qui sont en train de se développer et dont l'importance risquera d'augmenter encore à l'avenir, citons les cancers, l'obésité et les maladies de démence liées au vieillissement **sans oublier l'apparition de nouvelles maladies dont l'origine est encore peu connue et explorée (p.ex. la propagation „épidémique" de douleurs chroniques, les troubles du sommeil, les vertiges, épuisement, le manque d'impulsion, la phobie sociale, les difficultés d'adaptation ...).**

Afin de pouvoir comparer les causes de mortalité et de morbidité survenues au Luxembourg par rapport à l'étranger et de promouvoir la qualité de notre système de santé, il est indispensable que la Classification internationale des maladies, publiée par l'OMS (ICD en anglais) soit appliquée par les médecins et les hôpitaux.

Les cancers

Depuis les années 1980, le Luxembourg dispose d'un Registre morphologique des tumeurs (RMT). L'objectif principal de ce RMT est de publier chaque année les nouveaux cas de cancer diagnostiqués au Luxembourg.

Ce registre fournit des informations très importantes sur l'incidence des différents types de cancer et leur évolution au Luxembourg. Toutefois, ne disposant pas de renseignements cliniques complémentaires, ni de données fiables sur les causes de décès, ce registre ne permet pas de calculer le taux de survie et d'évaluer ainsi l'efficacité de la prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients atteints d'un cancer au Luxembourg. Le programme gouvernemental prévoit un plan national cancer et la mise en place d'un véritable registre national des cancers, tel qu'en disposent les autres pays européens.

D'après les experts internationaux, le nombre de personnes ayant un cancer dans un pays est estimé à 2% de la population, ce qui correspond à peu près à 10.000 personnes pour le Luxembourg.

Chaque année au Luxembourg, à peu près 1.000 personnes meurent des suites d'un cancer. Ceci constitue un quart des décès.

Ainsi, en 2007, 3.774 personnes sont décédées au Luxembourg dont 1.040 des suites d'un cancer.

Chaque année au Luxembourg, on découvre à peu près 2.000 nouveaux cas de cancers, dont à peu près une dizaine chez les enfants, 900 chez les femmes et 1.100 chez les hommes.

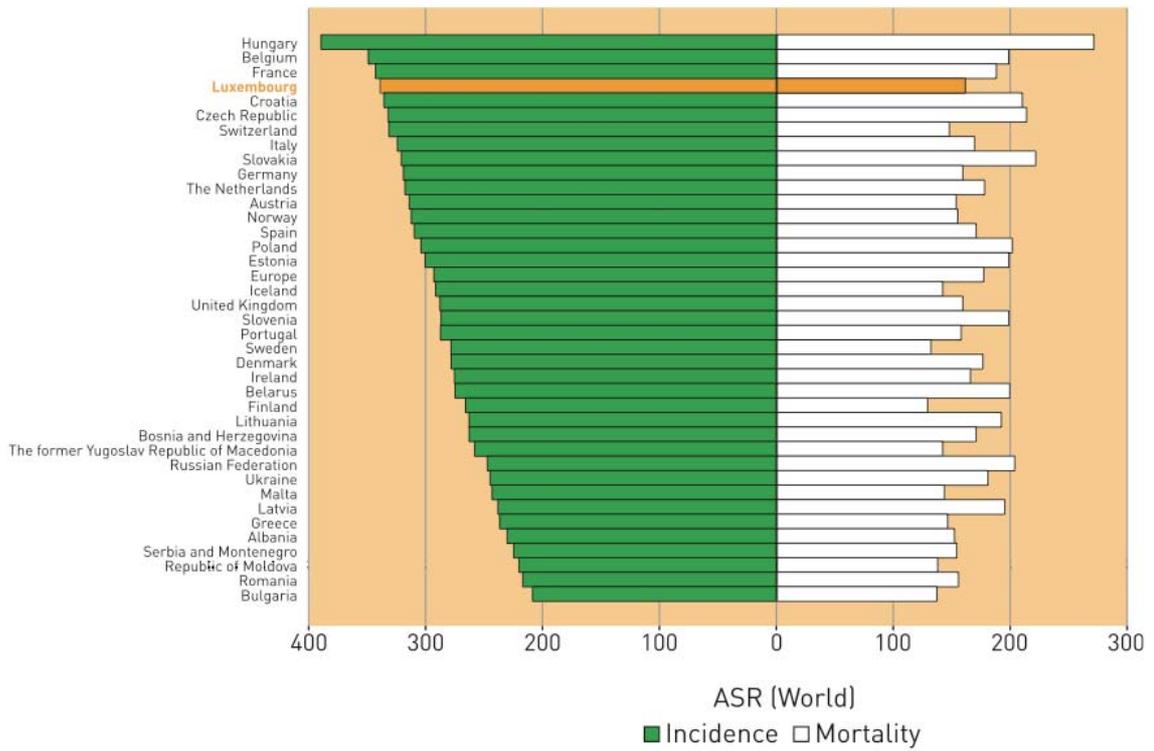
En 2007, le Registre morphologique des tumeurs a recensé 2.098 nouveaux cas de cancers, à savoir 1.132 chez l'homme et 966 chez la femme.

En vingt ans, du début des années 1980 au début des années 2000, la proportion relative des décès par cancer augmente de 24 à 26 % tandis que les décès par maladie de l'appareil circulatoire, qui restent la première cause de mortalité, diminuent de 9 % pour se situer à 39%.

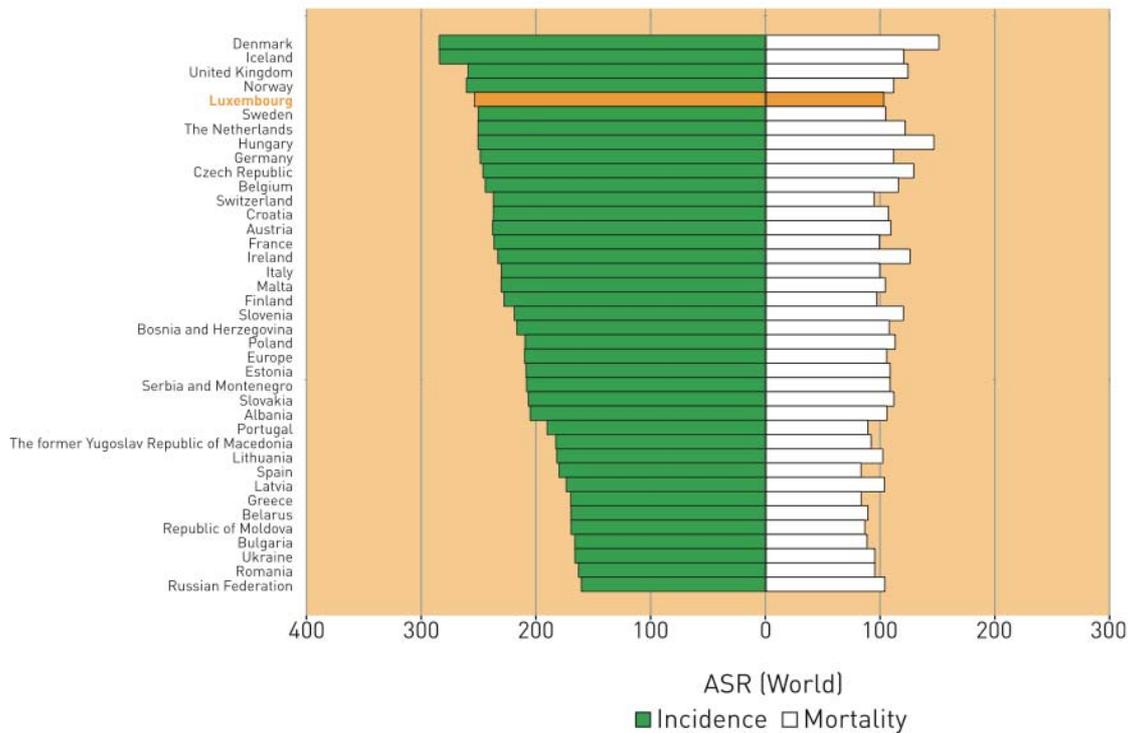
La mortalité par cancer diminue, mais l'incidence des cancers a augmenté de plus de 40% durant les 20 dernières années chez les hommes et chez les femmes. Le Luxembourg reste un des pays aux taux d'incidence les plus élevés, comme le montrent les graphiques qui suivent ³:

³ Taux standardisés d'incidence et mortalité (Source: Ferlay et al, 2004 IARC), Vers un plan national Santé, ministère de la Santé, Luxembourg, 2009, ASR = age-standardised rates, per 100.000

Tous types de cancers (sauf cancer de la peau), hommes (vert : fréquence des cancers par 100.000 habitants ; blanc : décès par 100.000 habitants)



Tous types de cancers (sauf cancer de la peau), femmes (vert : fréquence des cancers par 100.000 habitants ; blanc : décès par 100.000 habitants)



L'obésité

L'obésité est en croissance tellement rapide même dans les pays émergents, qu'elle pourrait à elle seule faire diminuer notre espérance de vie jusqu'à cinq ans. L'OMS affirme d'ailleurs qu'au niveau mondial, le surpoids et l'obésité entraînent plus de décès que l'insuffisance pondérale.

Aujourd'hui, selon l'OCDE qui parle aussi d'épidémie d'obésité⁴, quelque 53,3% de la population totale souffrent de surpoids ou d'obésité au Luxembourg (aux États-Unis, il s'agit de plus de 65% de la population). L'obésité et le diabète pourraient ainsi devenir la première cause de mortalité, devant le tabac, et faire considérablement baisser l'espérance de vie.

Une récente étude effectuée par le CEPS⁵, basée sur les données des enquêtes PSELL3/EU-SILC de 2005 et de 2007, montre clairement que les personnes à faibles revenus sont plus susceptibles d'être obèses que celles ayant des revenus plus élevés. Par exemple, en 2007, des personnes à revenus par équivalent plus faibles (quintile de revenu le plus bas) ont 1,6 fois plus de chance d'être obèses plutôt que d'avoir un poids normal par rapport à celles qui ont des revenus plus élevés (quintile de revenu le plus élevé).

Les facteurs socioéconomiques, en particulier le revenu et le niveau d'éducation, ont bien une influence sur la prévalence du surpoids et de l'obésité. Pour ne considérer que les deux facteurs socioéconomiques susmentionnés, il apparaît clairement qu'il existe un gradient social de surpoids et d'obésité selon le niveau d'éducation et le niveau de revenu par équivalent et cela pour les deux années étudiées en appliquant le modèle des chercheurs du CEPS.

La fin de vie et les maladies liées au vieillissement

Si les progrès réalisés par la médecine ont entraîné un allongement de l'espérance de vie, la médecine ne peut toujours guérir. La fin de vie fait partie du cycle de vie naturel.

De nos jours, du fait du progrès de la médecine, les circonstances de la mort ont changé. Lorsque la maladie survient et oblige les êtres humains à s'approcher plus vite de la mort, c'est le plus souvent dans un contexte médicalisé et la médecine permet de nos jours de maintenir artificiellement en vie les patients.

Devant ces réalités, les questions relatives à la fin de vie ont beaucoup préoccupé les opinions publiques. Après un débat approfondi, le législateur est intervenu le 16 mars 2009 avec deux lois importantes: la loi relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie, ainsi que la loi sur l'euthanasie et l'assistance au suicide.

Ces deux textes renforcent et consignent les droits des personnes atteintes d'affections graves et incurables, en phase terminale.

Nonobstant ces initiatives légales, l'allongement en moyenne de l'espérance de vie a pour conséquence que des maladies liées spécialement à la vieillesse toucheront un nombre de plus en plus élevé de personnes.

La maladie d'Alzheimer, qui est la démence la plus connue et la plus répandue, survient rarement avant la soixantaine et touche environ 6 % des gens de plus de 65 ans. Après 85 ans, le tiers des personnes âgées souffrent d'Alzheimer, et les femmes y sont plus sujettes que les hommes. En raison du vieillissement de la population, les cas augmentent.

D'après les projections les plus récentes du STATEC en matière démographique, la croissance du groupe d'âge des personnes de 65 ans et plus sera très importante. D'ici à 2060, le nombre fera

⁴ The Obesity epidemic: analysis of past and projected future trends in selected OECD countries, 2009

⁵ TCHICAYA Anastase, DIA Modou : Mesure de l'influence des facteurs socioéconomiques sur l'obésité : regards croisés des modèles logistiques et quantiles, CEPS, Working Paper No 2010-32, Octobre 2010

plus que doubler, et ce quel que soit le scénario retenu. Quant au nombre de personnes âgées de 85 ans et plus, il sera probablement multiplié par 6.

Dans les années à venir, les conséquences de ces évolutions se mesureront en nouveaux besoins en matière de santé, de soins et d'encadrement en général.

Face au nombre croissant de personnes âgées atteintes de démences, des défis croissants se poseront, qui devront être relevés ensemble avec les acteurs institutionnels, les organisations professionnelles et la société civile. Les moyens nécessaires pour protéger ces personnes dans leurs droits et pour les soutenir à pouvoir rester le plus longtemps possible intégrées dans leur tissu social normal, et, si ceci n'est plus possible, pour les loger dans une institution spécialisée, devront être mis à disposition.

Si le développement des services du maintien à domicile permet aux personnes âgées de continuer à vivre le plus longtemps possible à leur domicile, même en situation de dépendance, de l'autre, les Centres intégrés pour personnes âgées et les Maisons de soins accueillent les personnes de plus en plus souvent uniquement pour la toute dernière étape de leur vie.

Le défi d'éventuels nouveaux besoins des personnes âgées et à plus forte raison encore, la question de nouveaux types de structures d'encadrement ou de prises en charge, se situant entre le domicile et les établissements actuels reste posée.

La croissance des maladies liées plutôt à la vieillesse et l'accompagnement en fin de vie nécessite également des programmes de formation continue en faveur du personnel entourant les personnes âgées malades.

Il est déplorable de devoir constater que les débats sur le vieillissement démographique tournent presque exclusivement autour des questions de financement et de maîtrise des coûts, soit en matière de retraites, soit en ce qui concerne l'assurance maladie, alors qu'une véritable politique de la santé, devant assurer le mieux possible un accroissement de l'espérance de vie en bonne santé, ne suscite pas le même enthousiasme des experts.

5. Le médecin référent

(article 1, point 8°, introduisant l'article 19bis dans le CSS et amendements 2°, 3° et 14°)

Le projet de loi initial prévoit l'introduction du choix volontaire du médecin référent.

L'assuré peut désigner un médecin référent avec l'accord de celui-ci.

Les missions du médecin référent sont les suivantes :

- assurer le premier niveau de recours aux soins ;
- assurer les soins de prévention et contribuer à la promotion de la santé ;
- suivre régulièrement le contenu du dossier de soins partagé de l'assuré ;
- 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 ;
- coordonner les soins dans les cas de pathologies lourdes ou chroniques ou de soins de longue durée ;
- informer, orienter et conseiller le patient dans le parcours de soins coordonnés.
-

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

Le patient pourra bénéficier d'un remboursement préférentiel en cas de désignation d'un médecin référent.

Tout prestataire de soins aura l'obligation de communiquer toutes données médicales du patient au médecin référent, au Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS) ou tout autre médecin lorsqu'ils le demandent. L'assuré peut demander la restitution des frais si le prestataire n'a pas communiqué les pièces endéans 15 jours.

Si la CSL ne met pas en cause le principe même du médecin référent dans la mesure où il aura pour mission de coordonner et de mieux organiser les soins dispensés au patient ainsi que de suivre le contenu du dossier de soins partagé du patient, elle se demande toutefois quelle est l'opportunité d'introduire une telle fonction si, d'après l'article 1, 8° introduisant un nouvel article 19bis dans le Code de la sécurité sociale (CSS), la désignation d'un tel médecin référent reste facultative pour l'assuré.

Pour en savoir plus, il faut se référer au commentaire de l'article pour apprendre davantage sur les intentions du législateur, ce qui est au moins une pratique peu usuelle de légiférer.

Le dernier alinéa du commentaire de cet article est de la teneur suivante :

« 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. »

La CSL s'oppose à ce que le médecin référent mette sous tutelle et le patient et les autres médecins dans la chaîne de traitements. Selon notre Chambre, il pourra tout au plus « guider » le patient dans son parcours et son choix de traitements, mais aucunement lui imposer tel traitement ou tel médecin. Si abus il y a dans la dispense d'actes médicaux, il appartient au Contrôle médical de la sécurité sociale ou à la CNS sur base du dossier de soins partagé d'informer l'assuré sur d'éventuelles sanctions ou de non prises en charge de certains actes médicaux.

Le projet de loi n'indique pas quelle formation doit avoir le médecin référent. S'agit-il d'un généraliste ou est-ce que des médecins spécialistes pourront-ils également exercer la mission de médecin référent ? Après tout, un certain nombre d'assurés ont déjà aujourd'hui choisi un interniste comme médecin traitant qui les guide dans un parcours de soins, même si celui-ci n'est pas officialisé. Forcera-t-on à l'avenir ces patients, parfois déjà très âgés, à modifier leurs habitudes et changer de médecin ?

La CSL craint en effet, après avoir pris connaissance du commentaire de l'article, que la désignation du médecin référent ne devienne progressivement une obligation pour le patient dans la mesure où la prise en charge des soins médicaux dépendra principalement de l'appréciation et de l'enregistrement des données médicales par le médecin référent et figurant dans le dossier de soins partagé auquel ont accès notamment la CNS et le Contrôle médical de la sécurité sociale. Cette crainte d'une évolution progressive vers un système de soins de santé dirigiste est d'autant plus fondée que le texte de l'article est très concis et flou (contrairement au commentaire de l'article qui laisse percer à jour la vraie volonté du législateur) et renvoie de nouveau à un règlement grand-ducal en ce qui concerne les qualifications, les droits et les obligations du médecin référent.

La CSL n'adhère pas à cette façon de légiférer qui permet au ministre de restreindre à son gré le libre choix du médecin par le patient ainsi que le libre exercice des professions médicales.

La CSL craint finalement qu'au regard des obligations qui sont imposées au médecin référent, celui-ci ne soit progressivement muté en un gestionnaire administratif destiné à exécuter la politique de réduction des dépenses de santé de la CNS plutôt que de contribuer au

rétablissement de la santé du patient.

Se pose en outre la question des ressources humaines et matérielles disponibles pour l'introduction du médecin référent. Si la volonté des médecins d'exercer la mission de médecin référent fait défaut en raison d'un manque de temps, la disposition restera lettre morte, puisqu'il faut l'accord du médecin pour qu'il devienne le médecin référent du patient.

Finalement, la disposition d'après laquelle l'assuré peut demander la restitution des frais si le prestataire n'a pas communiqué les pièces endéans 15 jours relève des bonnes intentions. Comment un patient peut-il vérifier si un prestataire a communiqué les pièces ou non, alors qu'il n'a pas accès à son dossier de soins partagé (voir ci-dessous) ?

En raison des observations et questions formulées ci-dessus, la CSL est d'avis que l'introduction d'un tel médecin référent induit en erreur dans la mesure où les patients, dans leur majorité, disposent, d'ores et déjà, d'un tel médecin qui, en règle générale, est leur médecin traitant. Voilà pourquoi elle demande au Gouvernement de reconsidérer le texte en limitant la mission du médecin référent à guider et à conseiller le patient et en instaurant le principe que le recours à un médecin référent ou le refus d'y recourir par le patient ne peut avoir des conséquences désavantageuses pour ce dernier au niveau de la prise en charge des actes médicaux et, *ergo*, du libre choix du médecin.

La CSL note avec satisfaction que les amendements au projet de loi tiennent partiellement compte de ses critiques. En effet, les amendements prévoient que le rôle du médecin référent sera de conseiller, d'informer et de guider le patient dans son parcours de soins et les qualifications, obligations et droits du médecin référent seront à définir par les conventions et non pas par règlement grand-ducal.

6. Le tiers payant

(article 1, point 14°, modifiant l'article 24 du CSS)

Le projet de loi ne prévoit pas d'extension du périmètre de la prise en charge directe des frais par la CNS.

Une modification de l'article 24 CSS 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 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».

La CSL ne trouve pas d'indications ni dans l'exposé des motifs, ni dans le commentaire des articles, renseignant sur la motivation d'un changement de terminologie des prestations prises directement en charge. Toutefois, l'on peut craindre qu'il ne vise une réduction du tiers payant. En effet, pourquoi rayer de la liste les produits et spécialités pharmaceutiques, dispensés en dehors du milieu hospitalier stationnaire ou encore les frais d'entretien à l'hôpital ?

Le projet de loi prévoit en outre 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.

Un relevé périodique des prestations fournies dans le cadre du tiers payant est envoyé par la Caisse nationale de santé à l'assuré. Cette mesure aurait pour but de mieux informer et responsabiliser celui-ci.

La Chambre des salariés ne voit pas dans le tiers payant, ou plutôt dans son application restreinte, un outil de "responsabilisation des malades", dans la mesure où ceux-ci deviendraient plus conscients du coût véritable de la santé s'ils devaient déboursier plus pour les prestations. Les malades veulent guérir rapidement et l'on ne peut pas les accuser d'être malades.

La CSL estime que l'introduction du tiers payant social est une mesure trop timide, qui va probablement créer beaucoup de travail administratif et qui comportera le risque d'une stigmatisation des bénéficiaires. Le risque de l'arbitraire dans l'appréciation de l'indigence n'est pas totalement à exclure, et, s'il y a des limites de revenu prévues par les conventions et statuts, le problème des seuils resurgira.

Notre Chambre demande une application généralisée du tiers payant, étant donné qu'une telle mesure sera plus simple et qu'un certain nombre de prestations sont déjà, à l'heure actuelle, prises en charge directement.

A titre subsidiaire, et pour autant que le législateur n'introduirait pas une généralisation du tiers payant, la CSL propose que la CNS applique le tiers payant à 100% (prise en charge directe) pour tout bénéficiaire du revenu minimum garanti et du revenu pour personnes gravement handicapées dans les hypothèses visées à l'article 24, ce qui a l'avantage de préserver l'anonymat du patient. Pour les médicaments remboursables à moins de 100%, la CSL propose d'introduire une disposition prévoyant que la CNS rembourse la participation financière aux bénéficiaires du revenu minimum garanti et du revenu pour personnes gravement handicapées sur base de la facture envoyée par le pharmacien.

La CSL rappelle que d'ores et déjà, il existe des possibilités permettant de remédier à une situation financière difficile des assurés.

Ainsi, l'article 154bis des statuts de la CNS dispose que, si au cours d'une année civile, la participation aux prestations de soins de santé des personnes protégées au titre de l'assurance maladie obligatoire dépasse un seuil fixé à 2,5% du revenu cotisable annualisé de l'année précédente, les assurés ont droit au remboursement des participations dépassant ce seuil.

D'autre part, l'article 162 des statuts permet d'accorder une avance sous forme de chèque aux personnes protégées permettant de satisfaire les demandes en paiement émanant de prestataires de soins, dans des cas exceptionnels où le paiement d'une prestation ou d'une fourniture représente pour la personne protégée une charge insurmontable dans les circonstances où elle se trouve.

7. Le dossier de soins partagé et la protection des données à caractère personnel

(article 1, point 32°, introduisant l'article 60 quater dans le CSS et amendements 8° et 9°)

L'article 60quater CSS nouveau, dans la version prévue par le projet de loi initial, dispose que **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.

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.

Le financement des missions de l'Agence est pris en charge à raison de deux tiers par la Caisse nationale de santé et d'un tiers par l'Etat.

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.

Le dossier comprend notamment:

- les actes et données médicaux;
- 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;
- l'historique et les comptes rendus de la prise en charge de certaines prestations de soins de santé ;
- des informations ou déclarations introduites par le patient lui-même.

Auront accès au dossier :

- le médecin référent, le médecin traitant et les professionnels de santé;
- sur sa demande, le Contrôle médical de la sécurité sociale ;
- sur leur demande, les officiers de police judiciaire de la Direction de la santé chargés d'une enquête ;
- la direction de l'établissement hospitalier pour les données des patients traités en leur sein.

Selon l'exposé des motifs, 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.

Si l'idée de regrouper toutes les données médicales et autres informations concernant le patient est tout à fait louable, le texte ne souffle mot en ce qui concerne la création, la gestion, la sécurité et la suppression d'un tel dossier, les conditions d'accès à ce dossier ainsi que les personnes y ayant accès.

Qui est propriétaire du DSP ? L'Agence nationale des informations partagées, la CNS, les prestataires de soins ou bien l'assuré ? Selon la CSL, l'accès au DSP ne peut se faire sans l'accord de l'assuré. Il faudra par conséquent que le patient seul par le biais d'un code puisse permettre l'accès à un médecin ou à tout autre organisme au DSP.

Force est néanmoins de constater que l'article 60 quater, paragraphe 3, ne réserve pas l'accès au DSP au patient, mais se contente de disposer au paragraphe 4 que « chaque patient peut à tout moment s'opposer au partage de données le concernant au sein d'un DSP ». Le droit d'opposition du patient n'est toutefois pas équivalent avec le droit d'accès aux données. Par ailleurs, il y a lieu de souligner qu'un tel droit d'opposition pour le patient n'est effectif que s'il est informé à l'avance d'un éventuel transfert de données ou d'accès au DSP par un des ayants droit énumérés à l'article 60 quater, paragraphe 3. Pour le surplus, la CSL est d'avis que, à l'exclusion des prestataires médicaux du patient, les autres ayants droit énumérés à l'article 60 quater, paragraphe 3, doivent dûment motiver leur demande d'accès auprès du patient avant de pouvoir accéder au DSP afin que, le cas échéant, le patient puisse exercer les voies de recours contre cette décision. Aussi la CSL se demande-t-elle qui, parmi les ayants droit à

l'accès du DSP, est visé par « la direction de l'établissement hospitalier ». Est-ce le directeur seul, le comité de direction avec ou sans l'aval du conseil d'administration ou bien les responsables des différents services de l'établissement hospitalier ?

Aussi le texte ne souffle-t-il mot ce qu'il advient du DSP, c'est-à-dire, de l'ensemble des données qui, jusque-là, ont été enregistrées et transférées à d'autres organismes ou parties intéressées lorsque le patient en prend connaissance sans avoir au préalable donné son consentement? La CSL se doit de constater qu'aucune procédure n'est prévue dans le texte pour garantir la protection des données privées du patient.

Constituer un tel DSP sans assurer la sécurité nécessaire en ce qui concerne la gestion de telles données risque de donner lieu à des abus comme par exemple la vente de telles données médicales aux industries pharmaceutiques ou bien l'accès de l'employeur au DSP d'une personne qu'il souhaite engager.

En ce qui concerne cette dernière hypothèse, la CSL exige d'introduire dans le code du travail une disposition interdisant à tout employeur de demander des renseignements sur le DSP du salarié ou même du candidat à un poste, sous peine de sanctions pénales.

Par ailleurs, le texte ne règle pas l'accès au DSP dans certaines hypothèses où le patient est dans l'impossibilité de manifester sa volonté p.ex. lorsqu'il se trouve dans le coma.

Au lieu de répondre aux questions ci-avant soulevées par la CSL, l'article 60quater du projet de loi se contente de renvoyer de nouveau à un règlement grand-ducal.

A titre principal, notre Chambre ne peut accepter une telle façon de légiférer qui réserve le domaine des droits et obligations des patients et prestataires à un règlement grand-ducal qui, à tout moment, peut être modifié sans que le Parlement ne puisse intervenir. Subsidièrement, cette facilité abusive de renvoyer à un règlement grand-ducal est encore à rejeter alors que la CSL, de toute façon, n'a pas connaissance de ce règlement au moment où elle est chargée de l'analyse du présent projet de loi.

La CSL note avec satisfaction que les amendements au projet de loi tiennent partiellement compte de ses critiques. En effet, les amendements prévoient que le CMSS et les officiers de police judiciaire de la Direction de la santé n'auront pas accès au dossier de soins partagé. En revanche, un accès sera garanti au patient, ce qui lui permettra d'exercer son droit d'opposition au partage des données le concernant en toute connaissance de cause.

8. Les voies de recours et l'accès aux bases de données de la sécurité sociale pour l'assuré *(l'article 1, points 26° et 28°, modifiant les articles 47 et 51, alinéa 2 du CSS)*

8.1. Des voies de recours extrajudiciaires peu effectives

Selon l'article 47, toute question à portée individuelle à l'égard de l'assuré ainsi que tout litige opposant un assuré à la CNS ou un prestataire à la CNS doivent faire l'objet d'une décision du président de la CNS ou de son délégué.

La CSL se doit de constater que le président de la CNS est, en quelque sorte, à la fois juge et partie dans les litiges qui opposent la CNS à l'assuré ou au prestataire. Partie dans la mesure où en tant que membre de la CNS, il contribue à la prise de décision de la CNS. Juge dans la mesure où en ayant au préalable participé à la décision de la CNS, il juge en quelque sorte sur sa propre décision.

En effet, tous les pouvoirs en matière de traitement d'un éventuel litige avec un prestataire de soins ou un patient, sont remis au seul Président de la CNS. A partir du moment où un prestataire ou un assuré d'une part et la CNS d'autre part sont liés par une disposition légale,

règlementaire ou conventionnelle, l'une des deux parties ne peut être impliquée dans le traitement d'un éventuel litige et seul un organe tiers indépendant peut avoir cette mission.

8.2. L'accès de l'assuré aux informations

A part les voies de recours extrajudiciaires telles que prévues par le présent projet de loi, la CSL se doit de critiquer la réticence des organismes de la sécurité sociale en ce qui concerne l'accès aux informations et bases de données gérées par le Centre commun de la sécurité sociale.

Cette réticence de la part du Centre commun de la sécurité sociale de donner accès à l'assuré en ce qui concerne p.ex. les décisions récentes des juridictions sociales met ce dernier dans une situation d'infériorité non seulement d'un point de vue hiérarchique, mais également d'un point de vue matériel.

L'assuré n'a pas les mêmes moyens de s'approvisionner en informations et jurisprudence pour faire valoir ses droits que les organismes de sécurité sociale eux-mêmes de sorte que les conditions pour un procès équitable « à armes égales » ne sont pas données.

Alors que dans tout Etat de droit une des missions fondamentales des administrations est de donner un maximum d'informations au justiciable afin de préserver et de défendre, le cas échéant, ses droits à l'égard de l'administration, la CSL se doit de constater que les assurés restent à la merci des organismes de sécurité sociale.

La CSL demande un accès immédiat à la base de données INTRANET du Centre commun de la sécurité sociale afin de défendre au mieux les droits de ses propres ressortissants.

II. L'organisation de l'assurance maladie luxembourgeoise

Les analyses comparatives des différents systèmes de sécurité sociale retiennent comme un des critères principaux de différenciation la nature du mode de décision. Le mode de décision contractuel est caractéristique d'un système d'assurances sociales appelé bismarckien tandis qu'un mode de décision étatique renvoie à d'autres modèles dont le plus connu est le modèle beveridgien.

On constate dans ces analyses comparatives des corrélations évidentes entre le mode de décision et d'autres variables. Ainsi, quand il y a concertation sociale, on a affaire à un système dont le financement est principalement basé sur des cotisations sociales prélevées sur les salaires. Dans ce cas, le principe d'assurance s'articule au principe de solidarité dans un objectif de maintenir le revenu des travailleurs. Dans les modèles où la structure de décision et de gestion revient à l'État, le financement se base principalement sur l'impôt, et la solidarité « du citoyen » n'implique pas de critère assurantiel, l'objectif étant d'assurer un revenu de base à tous.

Dans la plupart des pays européens, la préférence en faveur d'un modèle s'est exprimée à la sortie de la Seconde Guerre Mondiale quand les bases des systèmes ont été mises en place. Celles-ci ont été établies non seulement en fonction d'une conception du progrès qui s'est dessinée dans le cadre de la fin de la guerre, mais aussi en fonction des pratiques du passé. Le Luxembourg, dont le système de sécurité sociale s'est développé dans le cadre du Zollverein au début du XXe siècle, et qui s'était doté d'assurances sociales obligatoires financées par cotisations et gérées par les partenaires sociaux, a opté à la fin de la Deuxième Guerre Mondiale pour le maintien de l'autonomie de gestion des assurances sociales.

1. Organisation actuelle (articles 396 à 412 du CSS)

Les différentes institutions de sécurité sociale ont le caractère d'établissements publics, dotés de la personnalité civile. La doctrine définit les établissements publics comme "des personnes morales de droit public, chargées par une disposition législative de gérer des services publics déterminés, en vue de satisfaire à des besoins spéciaux de la population, sous le contrôle tutélaire de l'Etat ou des communes dont elles sont détachées par application du principe de la décentralisation des services."⁶

Comme expression de son autonomie, l'institution dispose d'un patrimoine qui garantit seul ses engagements et dépose ses avoirs auprès des instituts financiers. Elle établit annuellement un budget séparé du budget de l'Etat et un décompte à la fin de la période couverte par la gestion.

Les institutions de la sécurité sociale sont gérées par des organes composés de représentants élus des employeurs, des assurés salariés et non-salariés.

La désignation des mandataires est faite par les différentes Chambres professionnelles sur base des résultats électoraux obtenus lors des élections pour ces chambres. L'Etat est représenté au niveau des organes de gestion par un président fonctionnaire.

Les délégués sont désignés pour cinq ans à moins qu'ils n'achèvent le mandat de leurs prédécesseurs. Ils restent en fonction jusqu'à l'entrée en fonction de leur successeur. En cas de démission d'un délégué, la chambre professionnelle ou l'autorité compétente pour sa désignation procède à son remplacement. Si des faits constituant des manquements graves aux devoirs du délégué viennent à être connus, le ministre de tutelle peut, sur proposition de l'Inspection générale de la sécurité sociale, relever le délégué de ses fonctions après l'avoir entendu dans ses explications.

⁶ 1) Pierre Majerus *L'Etat luxembourgeois, 1990, p. 343, cité dans le « Droit de la sécurité sociale », Ministère de la Sécurité sociale, IGSS, avril 2010, p. 406*

Les membres des organes des institutions de sécurité sociale sont responsables, conformément au droit commun, de l'exécution du mandat qu'ils ont reçu et des fautes commises dans leur gestion. Ils remplissent leur mandat à titre honorifique et ont droit au remboursement de leurs dépenses effectives et à une indemnité. Pour l'exercice de leur mandat, ils ont droit à un congé pour mandat social.

Les comités directeurs des institutions de sécurité sociale sont assistés par des employés publics, assimilés aux fonctionnaires de l'Etat, ainsi que par des salariés assimilés aux salariés de l'Etat. Un ou plusieurs fonctionnaires de la carrière supérieure de l'Etat peuvent être adjoints aux présidents de la Caisse nationale de santé, de l'Association d'assurance contre les accidents, de la Caisse nationale d'assurance pension, de la Caisse nationale des prestations familiales et du Centre commun de la sécurité sociale auxquels le président peut, pour autant que de besoin, déléguer ses fonctions.

Les actes posés par le président et le comité directeur dans les limites de leurs pouvoirs engagent l'institution de sécurité sociale. Le président peut déléguer l'évacuation des affaires courantes et la représentation devant les juridictions de sécurité sociale et autres instances à un fonctionnaire ou employé dirigeant de l'institution de sécurité sociale. En cas d'absence prolongée, le président est remplacé pendant l'absence par le fonctionnaire le plus ancien en rang.

2. Contrôle tutélaire des institutions de sécurité sociale *(articles 422-424 du CSS)*

Les institutions de sécurité sociale sont placées sous la surveillance du **Gouvernement (ministre) qui exerce un contrôle de la légalité des décisions des organes de gestion, par l'intermédiaire de l'Inspection générale de la sécurité sociale**. La loi détermine par ailleurs un certain nombre de décisions des organes des institutions de sécurité sociale, qui requièrent l'approbation du ministre de tutelle.

L'Inspection générale de la sécurité sociale, en tant qu'autorité de surveillance, veille à l'observation des prescriptions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ainsi qu'à la régularité des opérations financières. A cette fin, elle peut en tout temps contrôler ou faire contrôler la gestion des institutions de sécurité sociale. Celles-ci sont tenues de mettre en œuvre une gestion des risques et une assurance qualité appropriée suivant des critères prescrits par l'autorité de surveillance.

L'institution de sécurité sociale est tenue de présenter ses livres, pièces justificatives, valeurs et espèces, ainsi que les documents relatifs au contenu des livres et à la détermination des prestations, et de faire toutes autres communications que l'autorité de surveillance juge nécessaires à l'exercice de son droit de surveillance. Le procès-verbal des délibérations des organes de ces institutions est communiqué sans délai à l'autorité de surveillance.

Toute décision d'un organe d'une institution qui est contraire aux lois, règlements, conventions ou statuts est déférée par son président à l'autorité de surveillance.

Si une décision d'un organe d'une institution de sécurité sociale est contraire aux lois, règlements, conventions ou statuts, l'Inspection générale de la sécurité sociale peut en suspendre l'exécution par décision motivée jusqu'à décision du ministre de tutelle qu'elle saisit aux fins d'annulation. Les motifs de la suspension sont communiqués au président de l'institution concernée dans les cinq jours de la suspension; celui-ci peut, le cas échéant, présenter des observations endéans la quinzaine. Si l'annulation de la décision par le ministre n'intervient pas dans les quarante jours à partir de la communication au président, la suspension est levée. Cette procédure d'annulation ne peut s'exercer lorsqu'un assuré a introduit un recours contre une décision d'une institution de sécurité sociale devant le Conseil arbitral des assurances sociales.

Au cas où l'institution de sécurité sociale refuse de remplir les obligations lui imposées par les lois, règlements, statuts ou conventions, le ministre de tutelle peut après deux avertissements consécutifs, charger l'Inspection générale de la sécurité sociale de mettre à exécution les mesures prescrites par les lois, règlements, statuts et conventions aux frais de l'institution.

3. La mise en cause de l'autonomie de gestion par le projet de loi sous avis

(article 1, point 18°, modifiant l'article 30, alinéa 2 du projet)

Comme il ressort clairement des explications qui précèdent, le Gouvernement exerce un contrôle tutélaire sur les organismes de sécurité sociale. Il contrôle la légalité des décisions des organes de gestion, par l'intermédiaire de l'Inspection générale de la sécurité sociale.

Or, dans le passé, le Gouvernement a conséquemment diminué l'autonomie de gestion des partenaires sociaux. En dernier lieu, la loi sur le statut unique a poursuivi la politique du contrôle de l'Etat sur les institutions de sécurité sociale, politique qui a commencé avec la réforme de l'assurance maladie de 1992. Alors que la présidence des caisses de maladie des ouvriers et des employés privés était toujours assurée alternativement par un délégué des assurés et un délégué des employeurs, le président de la CNS est maintenant un fonctionnaire de l'Etat. Il a la voix prépondérante, puisque en cas d'égalité de voix entre les délégués des assurés et des employeurs, c'est lui qui décide.

La Chambre des salariés plaide en faveur d'une extension de l'autonomie de gestion dans l'assurance maladie en vue de pouvoir réagir plus rapidement et de manière plus efficace aux évolutions et défis et de défendre les intérêts des assurés de manière plus dynamique. Or, bien que l'organisme de gestion de l'assurance maladie-maternité ait reçu la dénomination « Caisse nationale de santé », elle n'a pas encore pu exercer un rôle plus actif dans la mise en œuvre d'une politique de prévention et de bien-être, sans préjudice évidemment de la prise en charge des traitements curatifs. Une telle politique de prévention devrait concerner notamment la médecine dentaire, des problèmes de dos, des maladies psychosomatiques. En outre s'agirait-il d'introduire des normes de qualité contrôlables permettant de responsabiliser les fournisseurs de soins en cas de non-respect des normes.

Au contraire, le Gouvernement décide de façon unilatérale des mesures à appliquer en matière de prévention (cf. Nouvelle grippe), alors que les charges financières non négligeables incombent à la CNS.

De même, en matière de financement, le projet de loi permet aux pouvoirs publics de déroger aux dispositions de l'article 30 CSS qui prévoit que les taux de cotisation sont refixés par le comité directeur avec effet au premier janvier de l'année pour laquelle le budget fait apparaître que le montant de la réserve se situe en dehors des limites y prévues.

A l'heure actuelle, l'intervention du Gouvernement n'est que prévue dans le cas où le comité directeur n'a pas refixé les taux au 1er décembre, ceux-ci étant alors arrêtés par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

4. Le Contrôle médical de la sécurité sociale

(article 1, point 64°, modifiant l'article 418 du CSS)

Le Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS) est une administration de l'Etat sous l'autorité du ministère de la Sécurité sociale qui a pour principales missions :

- * la constatation de l'incapacité de travail et, le cas échéant, la fixation de son degré provisoire ou définitif par rapport à la capacité de travail normale ;
- * la vérification et le contrôle périodique des maladies ou infirmités donnant droit à des indemnités ou subventions ;
- * les avis et examens médicaux en vue de l'octroi des cartes de priorité et d'invalidité.

Force est néanmoins de constater que le nouvel article 418 ne remédie pas à un certain nombre de défaillances ayant existé jusqu'à présent et que le CMSS est le maillon faible du système.

4.1. L'absence de participation des partenaires sociaux dans la gestion du CMSS

Malgré les revendications réitérées des organisations syndicales représentées au sein des autres organes de la sécurité sociale (assurance maladie, assurance pension, assurance accident, assurance dépendance), le CMSS est géré exclusivement par des médecins fonctionnaires.

Sans préjudice quant aux compétences et missions purement médicales devant rester l'apanage des médecins du CMSS, la CSL exige néanmoins que la politique générale du CMSS doive être gérée par un comité directeur composé paritairement de délégués salariés et de délégués non-salariés.

4.2. La constatation de l'état de santé des assurés par le CMSS

La CSL critique la façon dont les assurés sont contrôlés par le CMSS, à supposer que le verbe « contrôler » soit de mise en l'espèce.

En effet, la pratique a montré que les médecins du CMSS se limitent à un examen ou contrôle in abstracto des assurés en se contentant de consulter et de vérifier les pièces de leurs dossiers sans néanmoins procéder à un examen médical de l'assuré.

Notre Chambre exige d'introduire une disposition à l'article 418 en vertu de laquelle le CMSS est obligé de procéder à un examen médical de l'assuré en tenant compte des pièces à l'appui de son état de santé .

4.3. L'incompatibilité du droit du travail et de la sécurité sociale en ce qui concerne le renversement de la présomption de l'incapacité de travail

La jurisprudence des juridictions de travail a forgé, avant l'entrée en vigueur du statut unique, une pratique en faveur de l'employeur qui lui permettait de contrôler l'employé privé pendant la période de la continuation de la rémunération (Lohnfortzahlung) en convoquant celui-ci auprès d'un médecin de son choix. Si ce dernier constatait l'aptitude du salarié de travailler, les juridictions du travail ont néanmoins retenu que le premier certificat de maladie garde toute sa valeur et qu'il faudrait par conséquent l'avis d'un troisième médecin pour savoir si oui ou non le salarié était déclaré malade ou apte à (re)travailler⁷.

Cette pratique jurisprudentielle des juridictions du travail n'a pas été abrogée avec l'introduction du statut unique, de sorte que le pouvoir du Contrôle médical de la sécurité sociale peut toujours être contrecarré par cette pratique consistant pour l'employeur à convoquer le salarié malade auprès d'un médecin de son choix, car aucune disposition légale en matière de droit du travail n'interdit à l'employeur d'y recourir.

Ainsi les situations suivantes peuvent se présenter :

Pendant la période de la continuation de la rémunération, le salarié est convoqué successivement par l'employeur chez un médecin de son choix et par le Contrôle médical de la sécurité sociale. Si le premier décide qu'il est apte à travailler, il reste néanmoins protégé

⁷ Dans un arrêt du 8 février 2001 (n°24714), la Cour d'appel avait adopté la même position et estimé que le seul certificat du médecin-conseil était insuffisant pour renverser la présomption d'incapacité de travail découlant du certificat établi par le médecin traitant. Ce n'est que si le troisième médecin conclut à la capacité du salarié, que l'employeur peut valablement procéder à un licenciement avec préavis, sans attendre l'écoulement de la période de protection contre le licenciement.

contre le licenciement, le premier certificat médical gardant toute sa valeur. Si, par après, le Contrôle médical décide qu'il est inapte à travailler, il restera déclaré malade. Toutefois rien n'empêche que l'employeur ait de nouveau recours à un médecin de son choix. Cette pratique de l'employeur pourrait être répétée *ad infinitum et absurdum* !

Pendant la période de prise en charge de la CNS, on peut aboutir à la situation suivante :

Le salarié est convoqué par le Contrôle médical de la sécurité sociale qui le déclare apte à travailler. Conséquence : l'indemnité pécuniaire de maladie n'est plus payée⁸ ! Toutefois, l'assuré reste protégé contre le licenciement alors que le premier certificat de maladie maintient sa validité en droit du travail⁹.

Avec la généralisation de la continuation de la rémunération et la création de la Mutualité des employeurs qui rembourse à l'employeur le coût de la rémunération (LFZ) généré par la maladie du salarié – coût qui est financé en dehors des cotisations des entreprises, par la surprime et une participation de l'Etat – cette pratique jurisprudentielle qui avait une justification avant l'entrée en vigueur du statut unique pour contrôler les employés privés – car l'employeur supportait seul le coût de la rémunération – n'a plus de raison d'être depuis l'entrée en vigueur du statut unique.

La CSL exige par conséquent que le CMSS statue en dernier ressort sur l'état de santé de l'assuré sans préjudice des recours judiciaires prévus aux articles 454 et 455 du Code de la sécurité sociale et que l'article L.121-6 du Code de travail soit complété par une disposition qui oblige l'employeur à saisir le CMSS s'il a des doutes sur l'état de santé du salarié.

5. L'établissement de la liste positive des médicaments *(article 1, points 10° et 11°, modifiant l'article 22 du CSS et introduisant l'article 22 bis dans le CSS)*

L'article 22, paragraphe 1, alinéa 4, prévoit que *« 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 (CMSS) demandés en leur avis. La décision d'exclure une catégorie de médicaments de cette liste s'opère dans la même forme »*.

Pour savoir qui a le pouvoir de décision, il faut se référer à l'article 22, paragraphes 2 et 3, qui est de la teneur suivante :

«(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...

(3) Pour des motifs d'intérêt général ou de santé publique, des médicaments répondant aux critères définis selon le paragraphe 1, alinéa 2¹⁰, mais pour lesquels aucune demande n'a été

⁸ Article 188 des statuts de la CNS

⁹ Cour d'appel, 3^{ème} chambre sociale, du 17 juin 2010, no 35432 du rôle *« L'avis du médecin-conseil du Contrôle médical de la sécurité sociale produit par l'employeur n'a aucune prépondérance sur les attestations du médecin traitant et ne peut partant constituer à lui seul la preuve de l'inexactitude des certificats médicaux remis par la salariée »*.

¹⁰ *« 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. »*

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. »

La CSL se demande tout d'abord pourquoi le CMSS, au paragraphe 2 de l'article 22, a un pouvoir de décision en ce qui concerne le point 1) et non pas en ce qui concerne le point 2) ou bien inversement pourquoi le président de la CNS a un pouvoir de décision pour le point 2) et non pas pour le point 1) où celui-ci est lié par l'avis du CMSS. Tout ceci est peu cohérent et peu transparent. Comme si les deux cas d'hypothèses ne suffisent pas, le législateur rajoute une troisième hypothèse dans le paragraphe 3 où l'avis obligatoire du CMSS n'est plus requis pour inscrire un médicament sur la liste positive lorsque pour des motifs d'intérêt général ou de santé publique, celui-ci répond aux critères découlant de l'article 17, alinéa 1 CSS nouveau (énumération des prestations prises en charge par la CNS) et de l'article 23, alinéa 1 CSS (les prestations doivent correspondre au mieux à l'état de santé des assurés et ne pas dépasser l'utile et le nécessaire). Dans cette hypothèse, le comité directeur de la CNS peut l'inscrire d'office sur la liste positive.

Où est la logique de cette répartition et répartition de compétences entre le CMSS, le Président de la CNS et le comité directeur de la CNS ?

Par ailleurs, la CSL émet de sérieux doutes quant aux qualifications et compétences professionnelles du CMSS et, à plus forte raison du Président de la CNS dans cette matière alors qu'en pratique, il est d'usage de recourir à un avis auprès d'experts étrangers. Néanmoins il est nul part précisé que ni le CMSS ni le Président de la CNS ni le comité directeur de la CNS soient obligés de recueillir l'avis d'un tel expert, ce qui, théoriquement, permet à chacun d'eux dans l'une des trois hypothèses susvisées de prendre une décision sans recourir à un tel expert. La CSL est d'avis qu'il faudrait davantage professionnaliser le CMSS afin de lui attribuer les missions lui dévolues par la loi et d'empêcher que par le biais du Président de la CNS ou du comité directeur de la CNS, on ne tienne compte que des aspects purement économiques des médicaments au détriment de la santé des patients.

Il en va de même pour la Direction de la santé qui, selon l'article 22 bis, a compétence pour distinguer les médicaments pour lesquels il peut y avoir substitution par un autre médicament du même groupe. Mais là encore, la CSL se demande ce que vaut un tel avis de la Direction de la santé lorsque le Président de la CNS n'y est pas lié.

Pour la CSL, il est incompréhensible que la compétence et la saisine de différents acteurs est requise (CMSS, Président de la CNS, comité directeur de la CNS, Direction de la santé) selon qu'il s'agit

- 1) de l'inscription de médicaments ou de la radiation de médicaments de la liste positive,
- 2) de l'inscription de médicaments sur la liste positive pour des motifs d'intérêt général ou de santé publique, ou bien
- 3) de savoir quels médicaments peuvent ou non être substitués par un autre médicament du même groupe.

Finalement la CSL se pose la question de savoir qui est responsable en cas de préjudice subi par le patient lorsque celui-ci a été généré par un médicament de substitution alors que selon l'article 22bis, dernier alinéa, le pharmacien a l'obligation d'informer 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 de lui proposer une substitution par le médicament le plus économique du même groupe. Le médecin ? Le pharmacien ? La CNS ? Ou bien, dans le pire des cas, l'assuré lui-même ? Le pharmacien se voit-il sanctionner s'il conseille au patient le médicament original au lieu du médicament générique ? Le patient voit-il sa participation financière augmenter lorsqu'il insiste sur la délivrance par le pharmacien du médicament original ?

Notre Chambre craint que l'incitation de la CNS de ne délivrer que des médicaments de substitution (là où il en existe évidemment) au prix économiquement le plus favorable ne se

fasse au détriment de la santé du patient alors que les médicaments de substitution ont souvent d'autres composantes qui, par conséquent, peuvent générer d'autres effets négatifs qui, de nouveau, peuvent varier d'un patient à l'autre.

En raison des questions soulevées ci-avant, la CSL demande la suppression du dernier alinéa de l'article 22bis prévoyant l'obligation du pharmacien d'informer l'assuré que pour un médicament prescrit, il existe un générique qu'il lui propose d'acheter et de ne retenir que la responsabilité du prescripteur. Aussi le texte doit-il garantir que le patient ne subit pas une augmentation de sa participation lorsque le médecin prescrit un médicament original alors qu'il existe un médicament plus économique du même groupe.

En outre, pour ce qui est de la fixation des prix des médicaments, dont la compétence sera transmise du ministre de l'Economie au ministre de la Santé, celle-ci se fait sur des moyennes de prix, alors que le prix demandé à l'assuré, surtout en matière de médicaments nouvellement mis sur le marché, peut être largement supérieur et risque de conduire à des participations exorbitantes.

6. Le conventionnement général et obligatoire entre prestataires de soins et la CNS

(article 1, points 34° et 35°, modifiant les articles 64 et 65 du CSS)

Le système du conventionnement général et obligatoire a impliqué jusqu'à présent qu'au Luxembourg, tous les prestataires de soins ont été obligatoirement conventionnés et, à ce titre, ont été obligés de respecter les nomenclatures et tarifs tels qu'ils sont définis par les lois, règlements, conventions et statuts en vigueur.

Le Code de la sécurité sociale distingue entre les relations dans le secteur extra-hospitalier (articles 61 à 73) et les relations avec le secteur hospitalier (article 74 à 79).

6.1. Violation du principe de la liberté contractuelle

La CSL se doit de constater que, par l'introduction des articles 3 à 7 du présent projet de loi (figurant sous l'intitulé « Dispositions financières »), le conventionnement général et obligatoire risque d'être mis en question. En effet, les dispositions des articles 3 à 7 contreviennent à l'article 63 du Code de la sécurité sociale qui est de la teneur suivante :

« [1] Les conventions sont conclues pour une durée indéterminée et ne peuvent agir que pour l'avenir. Par dérogation à ces deux principes, l'adaptation annuelle de la valeur des lettres-clés prévues à l'article 65 ou la révision périodique des autres tarifs peut avoir un effet rétroactif dans les conditions définies conformément à l'article 64.

[2] Elles peuvent être modifiées à tout moment d'un commun accord par les parties signataires et être dénoncées en tout ou en partie par chacune de ces parties moyennant un préavis de douze mois. Les négociations en vue du renouvellement total ou partiel des conventions sont entamées endéans les deux mois suivant la dénonciation, à une date publiée au Mémorial à l'initiative de la Caisse nationale de santé . ».

Force est toutefois de constater que nonobstant l'article 63 précité, le ministre s'immisce dans le conventionnement et dans le pouvoir de gestion des partenaires sociaux:

- en maintenant au niveau actuel pour les deux années à venir, les lettres-clés des médecins et autres professionnels de santé et en réduisant la lettre-clé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique de 0,3557 à 0,3050 (article 4);

- en fixant par règlement grand-ducal 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 (article 5, alinéa 1) ;
- en déterminant par règlement grand-ducal 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 (article 5, alinéa 2) ;
- en fixant le taux de cotisation prévu à l'article 29, alinéa 1er du Code de la sécurité sociale à 5,80 pour cent pour la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2011 (article 7).

Notre Chambre tient à souligner que la façon de légiférer du Gouvernement en imposant de façon unilatérale et dirigiste soit par la loi (articles 4, 6 et 7) soit par règlement grand-ducal (article 5) les valeurs des lettres-clés est non seulement contraire à l'article 63 du CSS ancrant le principe de la liberté contractuelle ainsi qu'à l'article 65 du projet de loi en vertu duquel « la lettre-clé est un signe dont la valeur en unité monétaire est fixée par voie conventionnelle », mais est également de nature à détruire le système entier de notre sécurité sociale basé sur l'autonomie et la cogestion des partenaires sociaux dans le processus de décision.

Les articles 4 à 7 du projet de loi initial risquent de constituer la fin du conventionnement et la fin du système de cogestion des partenaires sociaux au sein des organismes de sécurité sociale. Rien ne garantit qu'à l'expiration des périodes fixées dans les articles précités, on réintègre ces dispositions au conventionnement.

6.2. Le conventionnement : garant d'un système accessible, abordable et équitable des soins de santé

La CSL plaide pour le maintien du pouvoir de gestion et de décision des partenaires sociaux et le respect du conventionnement général et s'oppose à toute tentative du Gouvernement de s'arroger le droit de fixer lui-même la valeur des lettres-clés et des coefficients des actes et services médicaux.

L'inscription des actes médicaux dans la nomenclature et la fixation de leurs tarifs obligent les prestataires de soins à respecter les tarifs. Une mise en cause du système conventionnel de nomenclature permettrait aux prestataires de soins de fixer eux-mêmes leurs propres tarifs et de privilégier les assurés qui auraient conclu une assurance complémentaire privée au détriment des assurés du système obligatoire et général de l'assurance maladie. Même un déconventionnement partiel aurait pour effet que le taux de cotisation des médecins conventionnés augmenterait et aboutirait à une médecine à deux vitesses. Le système luxembourgeois du conventionnement peut être considéré comme un puissant bouclier contre l'introduction d'une médecine à deux vitesses.

En tout état de cause, la défense du conventionnement obligatoire généralisé par notre Chambre ne peut en aucun cas être interprétée comme une mise en question de l'obligation des prestataires de soins de fournir leur contribution à l'assainissement financier de système de santé. En effet, notre Chambre rappelle que l'augmentation de la participation des assurés a été décidée, contre les voix des représentants des assurés, par le comité directeur de la CNS en date du 10 novembre 2010. Ces mesures d'économies statutaires à hauteur de 20 millions

d'euros sont liées au maintien dans le projet de loi d'une économie correspondante à réaliser à charge des prestataires de soins.

7. La nécessité d'une révision des nomenclatures *(article 1, point 35°, modifiant l'article 65 du CSS)*

Les chambres professionnelles salariales ont revendiqué à plusieurs reprises dans le cadre de leurs avis relatifs aux projets de loi dans le domaine de la sécurité sociale la révision de la nomenclature et de la lettre-clé des actes médicaux des différentes professions de santé. Est-il normal par exemple qu'un patient se voit rembourser un dentier alors que les traitements prophylactiques destinés à empêcher la perte finale des dents – comme un curetage – ne sont pas pris en charge ? Est-il financièrement plus rationnel et qualitativement plus sain pour un assuré de se voir prendre en charge une paire de lunettes tous les trois ans au lieu d'une prise en charge unique d'une intervention au laser des yeux ? Au vu de ces deux exemples, le principe « de l'utile et du nécessaire » ou « du soigner mieux en dépensant mieux » mérite d'être revu.

Les nomenclatures doivent être adaptées régulièrement et périodiquement à l'évolution médicale et scientifique, ce qui malheureusement n'a pas été la règle jusqu'à présent.

Une révision de la nomenclature s'impose également afin de mieux tenir compte de la durée et du risque liés à certains actes médicaux comme p.ex. dans le domaine de la médecine gériatrique.

Dans le même ordre d'idées, elle revendique que seuls les actes et services médicaux dont la qualité a été contrôlée préalablement par le CMSS soient pris en charge par la CNS (voir aussi point III.1.2.2. du présent avis sur le contrôle de la qualité).

L'alinéa 4 de l'article 65 dispose que « *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* ».

La CSL est d'avis qu'il faudrait fixer pour chaque appareil la période d'amortissement au-delà de laquelle un tel forfait ne pourrait plus être facturé à l'assuré par le médecin. Il est inacceptable que les assurés se voient facturer de tels forfaits alors que l'appareil est déjà depuis longtemps amorti. Aussi faudrait-il veiller à soumettre les appareils à un contrôle régulier afin de les retirer, le cas échéant, du marché s'ils ne sont plus à la pointe du progrès des technologies médicales.

8. La Commission de nomenclature encadrée par deux nouveaux organes : la Cellule d'expertise médicale et le Conseil scientifique *(article 1, points 35° et 36°, modifiant l'article 65 du CSS et introduisant l'article 65bis dans le CSS)*

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 accorder 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*¹¹), s'appliquant en commun aux médecins et aux hôpitaux.

Si la CSL salue le changement de composition de la Commission de nomenclature par le renforcement des représentants du domaine des soins de santé, elle se pose toutefois la question de l'efficacité de celle-ci alors que dans les recommandations qu'elle fait au sujet des nomenclatures des actes, des services professionnels et prothèses, elle est assistée par la Cellule d'expertise médicale, à laquelle elle doit obligatoirement demander des avis sur les affaires dont elle est saisie.

Si le législateur renforce la représentation des prestataires de soins dans la Commission de nomenclature, il remet de nouveau en question ce rééquilibrage des rapports de forces en soumettant obligatoirement leurs recommandations à la Cellule d'expertise médicale, qui, elle, est rattachée administrativement à l'IGSS et est composée exclusivement de fonctionnaires du Contrôle médical de la sécurité sociale, de la Direction de la santé ou de l'IGSS.

Ce que le législateur donne d'une main, il le reprend en quelque sorte de l'autre.

Est-ce vraiment une plus-value de soumettre la Commission sous la tutelle de la Cellule d'expertise médicale qui, en plus, sera flanqué d'un Conseil scientifique ayant pour mission d'élaborer et de contribuer à la mise en œuvre de standards de bonnes pratiques médicales ?

Les doutes exprimés par la CSL sont d'autant plus pertinents que le législateur renvoie de nouveau à des règlements grand-ducaux en ce qui concerne 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 ainsi que la composition et le fonctionnement du Conseil scientifique, l'indemnisation de ses membres et experts.

La CSL craint fortement qu'avec la complexification des procédures et la création d'organismes supplémentaires, l'adaptation régulière de la nomenclature au progrès scientifique ne risque de ne pas avoir lieu, comme l'a prouvé si souvent la pratique dans le passé.

9. La réforme des attributions conférées à la Commission de surveillance

(article 1, points 42° et 45°, modifiant l'article 72 du CSS et introduisant l'article 73bis dans le 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.

D'après le Gouvernement, il ne serait 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, le projet de loi prévoit de ne lui conférer qu'un seul champ de compétence, celui de poursuivre toute inobservation des règles de la sécurité sociale aboutissant à

¹¹ DRG steht für Diagnosis Related Groups und bedeutet vereinfacht erklärt eine Zuweisung einer bestimmten Vergütung pauschal je nach Schweregrad des Behandlungsfalls.

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.

La CSL ne partage pas le raisonnement du législateur prévoyant d'attribuer les décisions individuelles relatives aux tarifs et au tiers payant concernant un assuré ou un prestataire à l'égard de la CNS au Président de la CNS pour les raisons déjà soulevées au point I.8.1., à savoir que le Président de la CNS juge en quelque sorte sur sa propre décision (absence d'indépendance et d'impartialité dans le chef du Président de la CNS). La CSL estime que le changement de la composition de la Commission de surveillance tel que prévu par le présent projet de loi est de nature à garantir l'impartialité et l'indépendance dans la mesure où, à côté du président et du vice-président nommés par le ministre en raison de leurs compétences juridiques, les délégués sont choisis parmi une liste de dix personnes établie par le comité directeur de la CNS.

Pour chaque affaire, le président désigne 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.**

Etant donné que le président désigne les délégués à tour de rôle en fonction de la nature du litige, la CSL estime que la Commission de surveillance est mieux située à statuer sur les litiges individuels prévus à l'article 72bis que le président de la CNS. Voilà pourquoi elle demande le maintien des attributions prévues à l'article 72bis du CSS dans le chef de la Commission de surveillance sinon, à titre subsidiaire, de conférer le règlement de tels litiges individuels à un organe remplissant les conditions d'impartialité et d'indépendance (qu'il s'agirait, le cas échéant, de créer).

La CSL a encore un doute sur la formulation du nouvel article 72, alinéa 1 qui dispose que « *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 ...* » .

Cela veut-il dire que la Commission de surveillance est saisie d'office par respectivement le Contrôle médical de la sécurité sociale et la CNS ou est-ce que ce sont ces derniers qui décident de saisir ou de ne pas saisir la Commission ?

La CSL est d'avis que la Commission de surveillance doit être saisie d'office dans les hypothèses 1) et 2) de l'article 72, alinéa 1.

Parmi les mesures d'instructions dévolues à la Commission de surveillance énumérées à l'article 72, alinéa 2 sub 6) du projet de loi figurent la violation des bonnes pratiques médicales opposables ou du seuil de prescription des médicaments disposant d'une base de remboursement.

Les Références Médicales Opposables (RMO) constituent un guide de bonne pratique, établi d'après des critères scientifiques, permettant de définir les soins médicaux les mieux adaptés à une pathologie. Les références indiquent ce qu'il n'y a pas lieu de faire ou bien ils indiquent le nombre maximum d'examen, par exemple, qu'il y a lieu de prescrire. Elles sont à prévoir dans la convention conclue entre la CNS et l'association des médecins et médecins-dentistes.

D'après les informations de la CSL, ces RMO n'ont pas encore fait l'objet d'un aboutissement conventionnel concret. Par ailleurs, elle se pose la question, si jamais ces pratiques sont consacrées dans une convention, quod non, dans quelle mesure la responsabilité d'un prestataire peut être engagée sur des dispositions qui n'ont qu'une valeur de recommandations.

Afin d'assurer le respect des garanties fondamentales de l'article 6, le projet de loi distingue 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.

10. Désignation des assesseurs du Conseil arbitral de la sécurité sociale et du Conseil supérieur de la sécurité sociale *(article 1, point 66° du projet modifiant l'article 454, paragraphe 3, alinéa 6 du CSS)*

En vertu de la modification apportée à l'article 454, paragraphe 3, alinéa 6 du CSS par le projet de loi sous avis, 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.

Cet article aurait pour objectif 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.

La Chambre des salariés rend attentif au fait que l'article 5 dudit règlement grand-ducal du 9 décembre 2008 prévoit la possibilité d'une dispense d'élections si une seule liste de candidats est présentée.

D'après la nouvelle teneur de l'article 454, paragraphe 3, alinéa 6, cette procédure simple ne serait plus possible, étant donné que le vote secret à l'urne au scrutin de liste serait ancré dans la loi. C'est pourquoi notre Chambre propose la teneur suivante dudit alinéa :

« Les chambres professionnelles désignent les candidats d'après les conditions et modalités déterminées par règlement grand-ducal. »

Ainsi, la base habilitante du règlement grand-ducal du 9 décembre 2008, qui règle également la désignation des assesseurs des juridictions sociales, serait créée, avec le maintien de la possibilité d'une dispense d'élections.

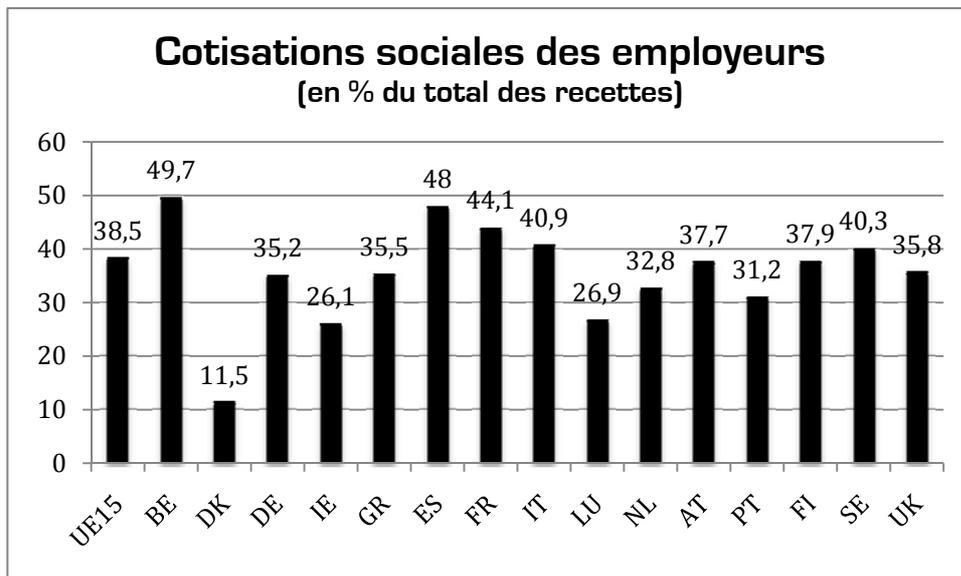
11. Coût et financement de la santé

11.1. Le coût de la santé

Malheureusement, les études internationales se focalisent trop souvent sur l'aspect coût lorsqu'elles analysent le système de santé luxembourgeois (ou la protection sociale entière). Elles négligent le fait que la protection sociale est également un facteur de production important qui contribue à des emplois stables, à la cohésion sociale, au développement économique et à une meilleure qualité de vie.

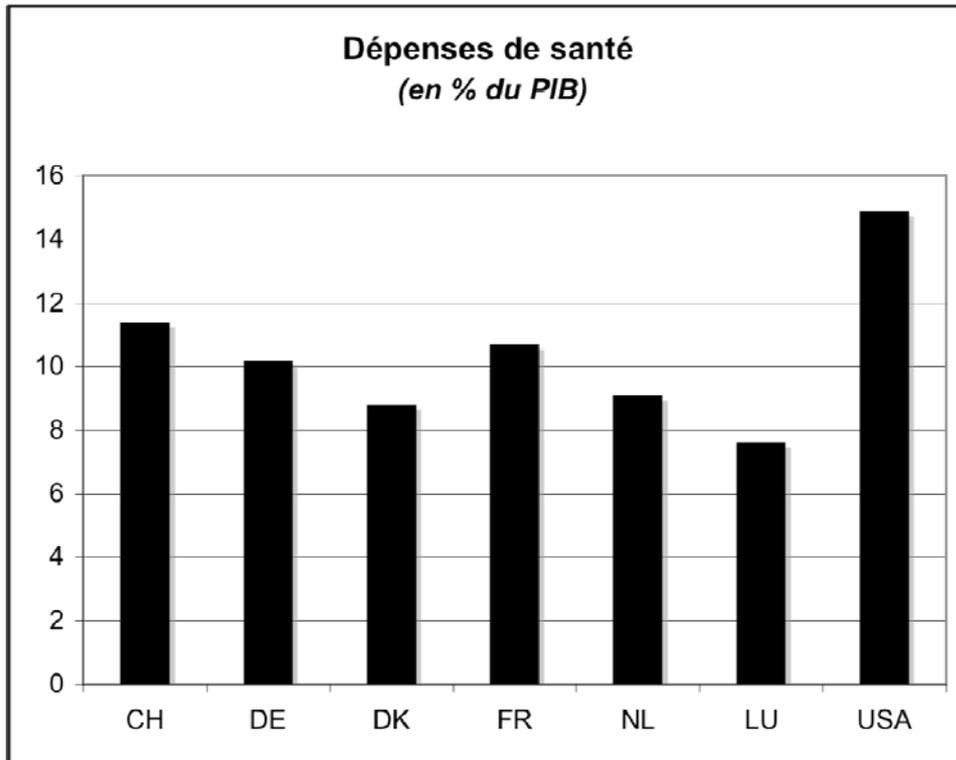
La CSL salue en outre le fait que la participation de l'Etat au financement de la Sécurité sociale est un facteur de compétitivité dans la mesure où elle allège les charges sociales des entreprises.

D'ailleurs, comme le montre le graphique qui suit, les employeurs luxembourgeois contribuent relativement peu au financement de la sécurité sociale. Leurs cotisations sociales, par rapport au total des recettes de la protection sociale, sont largement inférieures à celles de nos pays voisins.



Eurostat, 2007

Les études internationales, comme celle de l'OCDE, se réfèrent souvent aux dépenses de santé par habitant pour fustiger le coût prétendument excessif de notre système de santé. Or, les statistiques par habitant n'ont pas beaucoup de valeur au Luxembourg, pays où les frontaliers représentent à peu près 44% de l'emploi salarié. Si l'on se réfère par contre aux dépenses de santé par rapport au PIB, le résultat est tout autre, comme le montre le graphique qui suit :



Source : Eurostat, données 2004, sauf pour le Danemark(2005), graphique : Chambre des salariés

Pour les dépenses de santé comme pour la protection sociale en général, en pourcentage du PIB, le Luxembourg dépense moins que ses voisins et beaucoup d'autres pays européens. Une privatisation des dépenses sociales dégrèverait évidemment le budget de l'Etat, mais ne diminuerait pas les dépenses totales en relation avec la PIB. On pourrait même s'attendre à une augmentation de cette part en raison des marges bénéficiaires des assureurs commerciaux. Le cas des Etats-Unis illustre parfaitement ce risque.

Des préoccupations de maîtrise des coûts existent d'ailleurs parfaitement dans un système public de santé.

C'est ainsi que l'assurance maladie applique le principe de la médication économique: n'est remboursé par l'assurance maladie que ce qui correspond à l'utile et au nécessaire.

En outre, la budgétisation implique que les différents acteurs se soumettent à une certaine pression pour établir un budget en équilibre.

Par ailleurs, il faut aussi utiliser le potentiel de rationalisation dans les cas où les progrès de la médecine ont conduit à une simplification des traitements. Ainsi, l'on peut critiquer le fait que des tarifs médicaux ne soient jamais mis en question, mais toujours reconduits, alors qu'une standardisation et simplification des traitements imposerait une diminution de certains tarifs.

Ajoutons la recherche d'une solution visant à créer une véritable centrale d'approvisionnement des hôpitaux pour les médicaments et produits médicaux, d'ailleurs concrétisée par l'article 2, point 17° du présent projet de loi qui vise à modifier l'article 33 de la loi hospitalière du 28 août 1998.

La CSL se prononce contre une privatisation du secteur de la santé. Elle se prononce en faveur d'une amélioration des services de santé et du développement de nouveaux pôles de compétitivité (nouvelles technologies médicales) à l'intérieur de notre système de solidarité au lieu de mettre celui-ci en cause.

Hélas, sur le plan européen, la santé est trop souvent conçue comme un marché lucratif pour les assureurs privés.

Afin de contourner les dispositions communautaires qui réservent la politique sociale à la compétence exclusive des Etats membres, la politique de réglementation, ou de déréglementation, ne se fait pas dans le domaine de la santé, mais dans le domaine de la libre circulation (marché intérieur).

La santé ne doit pas devenir une marchandise faisant l'objet de considérations de recherche de rentabilité à court terme. La CSL estime qu'il y a un danger évident pour les principes à la base de services de santé de qualité si les décideurs au sein d'une structure de soins ont pour objectif premier de maximiser les distributions de dividendes et s'ils disposent des moyens pratiques pour imposer cette orientation.

Dans certains secteurs où c'est déjà le cas, comme les secteurs hospitaliers privés de certains pays, qui font l'objet d'investissements croissants de fonds de pensions, on a pu constater que les praticiens subissent des pressions afin de respecter les objectifs qui leur étaient assignés par les propriétaires financiers.

11.2. Le financement de la santé

11.2.1. Situation actuelle

L'assurance maladie luxembourgeoise financée par les pouvoirs publics, les employeurs et les assurés fonctionne, sur base de la solidarité et d'après le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve qui ne peut être inférieure à 10%, ni supérieure à 20% du montant annuel des dépenses.

En dehors des revenus de placement et d'autres ressources diverses, les ressources nécessaires sont constituées par des cotisations, sauf pour le financement des prestations de maternité et des indemnités pécuniaires dues en cas de congé pour raisons familiales, qui est assuré par l'Etat. Le budget global de l'assurance maladie-maternité est établi par la Caisse nationale de santé. Il est accompagné d'une programmation pluriannuelle indiquant de façon prospective l'évolution financière de l'assurance maladie.

Les taux de cotisation sont fixés séparément pour le financement des soins de santé et de l'indemnité pécuniaire de maladie.

L'Etat supporte 37% des cotisations dues au titre des soins de santé et 29,5% des cotisations dues au titre des indemnités pécuniaires. Cette dernière participation remplace celle de 10% existant avant l'introduction du statut unique et qui était due sur un montant beaucoup plus élevé, étant donné que l'indemnisation de la maladie des ouvriers était, à quelques exceptions près, intégralement à la charge de l'assurance maladie. Avec la création d'une Mutualité des employeurs l'Etat a mis à la disposition de cette nouvelle institution une avance de fonds. Celle-ci sera compensée progressivement par l'Etat dans le cadre de la prise en charge des cotisations (surprimes), versées à l'heure actuelle par les salariés exerçant une activité à dominante manuelle.

A cela il faut ajouter que si les prestations de santé dans le secteur hospitalier sont bien prises en charge par la CNS, les investissements en bâtiments et équipements lourds sont financés par l'Etat à travers le budget et le fonds d'investissements hospitaliers. En vue d'assurer au pays une infrastructure sanitaire conforme aux besoins réels, l'Etat participe à raison de 80 % aux frais des investissements mobiliers et immobiliers des établissements hospitaliers autorisés par le ministre de la Santé, la commission permanente pour le secteur hospitalier demandée en son avis.

En cas d'octroi d'une aide de l'Etat, un règlement grand-ducal peut déterminer les conditions d'accès et d'utilisation de ces appareils et équipements médicaux par des usagers extérieurs à l'établissement propriétaire, le collège médical et la commission permanente pour le secteur hospitalier demandés en leurs avis.

11.2.2. Mesures de financement prévues dans le projet de loi

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

11.2.2.1. Au niveau des recettes

Intégration des prestations de maternité (article 1^{er}, point 15^o abrogeant l'article 26 CSS)

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 des autres soins de santé et qui n'est pas liée à une augmentation des naissances.

L'intégration des prestations en espèces de maternité et du congé pour raisons familiales consistera en un regroupement de 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.

La Chambre des salariés ne partage pas les vues du Gouvernement qui veut imposer aux partenaires sociaux le coût des prestations de maternité en laissant entendre que ceux-ci seraient responsables de la progression proportionnellement excessive des coûts relatifs à la dispense de travail des femmes enceintes avant le congé de maternité.

Notre Chambre est d'avis que ces dispenses de travail sont la conséquence des décisions des employeurs sur avis conforme du médecin du travail, conformément à l'article L. 334-3 du Code du travail. S'il y avait des abus en matière de dispense du travail de femmes enceintes par les employeurs de connivence avec leurs services de santé au travail, le législateur devrait intervenir à ce niveau-là en créant un seul service de médecine du travail national au lieu d'imputer les coûts à tous les cotisants de manière uniforme.

Elle rappelle que de telles considérations sont partagées par le Médiateur, qui écrit dans son rapport d'activité du 1^{er} octobre 2009 au 30 septembre 2010, adressé à la Chambre des Députés :

« ... il est permis de douter de l'objectivité du médecin du travail. La médecine du travail est actuellement organisée de manière très hétérogène en plusieurs services. Certaines entreprises ont leur propre médecin du travail qui est même salarié de l'entreprise concernée. Dans ces conditions, il est pour le moins légitime de douter de son indépendance à l'égard de l'employeur. Tout en laissant ouverte la question de la plus-value que pourrait apporter le regroupement du CMSS et des Services de santé au travail dans une même structure, il serait pour le moins indiqué de mettre en place une administration unique regroupant tous les Services de santé au travail. »

Notre Chambre partage ces réflexions, étant donné que l'instauration d'un seul service public de santé au travail était une revendication des organisations syndicales lors des travaux préparatoires à la loi relative aux services de santé au travail.

Taux de cotisation unique (article 1^{er}, points 17° et 18° modifiant les articles 29 et 30 CSS)

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 de 20 millions** 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 des prestations de maternité va de pair avec un **réajustement 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 projet de loi propose de créer un **taux de cotisation unique pour tous les assurés, majoré de 0,5% pour les assurés couverts par les indemnités pécuniaires actuelles**.

Le projet de loi prévoit donc de ne plus faire de distinction au niveau du taux de cotisation entre les différentes prestations et gestions. Il prévoit l'introduction d'un taux de cotisation pour les prestations en espèces (PE) et les prestations en nature (PN) 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%).

Etant donné que le taux de cotisation en matière de prestations en espèces est fixé par la loi à 0,5%, le taux de cotisation en matière de prestations en nature se dégage de la différence entre les dépenses totales de l'assurance maladie et les recettes provenant de l'application du taux de 0,5%. Ce différentiel correspond aux cotisations en matière de prestations en nature. En rapportant ce montant à l'assiette de cotisation pour prestations en nature, l'on obtient le taux de cotisation pour l'exercice en question.

L'assiette de cotisation comprendra:

- le revenu professionnel 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;
- l'ensemble des pensions et rentes de l'assuré ;
- tout revenu de remplacement sur lequel une retenue de cotisation au titre de la législation luxembourgeoise sur l'assurance maladie-maternité est prévue.

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

L'assiette de cette cotisation est le revenu professionnel de ces assurés, dans les limites des minimum et maximum cotisables. D'après l'article 34 CSS, le revenu professionnel des assurés salariés « correspond à la rémunération de base ainsi qu'aux compléments et accessoires, à condition qu'ils soient payables mensuellement en espèces, à l'exception de la rémunération des heures supplémentaires ». **La CSL rappelle la revendication exprimée dans l'avis commun de la Chambre de travail et de la Chambre des employés privés relatif à l'introduction du statut**

unique, visant un traitement unique de la continuation du paiement du salaire par l'employeur pendant les 77 premiers jours d'incapacité de travail (Lohnfortzahlung) et l'indemnité pécuniaire de maladie dont l'article 10 CSS devrait prévoir la définition suivante :

« Pour les salariés, l'indemnité pécuniaire de maladie est calculée sur la base de l'assiette cotisable définie aux articles 34 et 39 relative aux affiliations en cours au moment de la survenance de l'incapacité de travail.

Le montant de l'indemnité pécuniaire de maladie est calculé par référence à la rémunération brute que le salarié aurait gagnée en cas de continuation du travail pendant le congé de maladie en tenant compte de toute augmentation de salaire ou élément de salaire prévue par contrat de travail ou par convention collective telle que définie à l'alinéa 1 de l'article 34.

Si le montant de l'indemnité pécuniaire de maladie conformément à l'alinéa 2 ne peut être déterminé, il est déterminé par rapport à la rémunération brute la plus élevée au cours de l'un des trois mois de calendrier précédant le début de la période de maladie élevée, conformément à l'alinéa 1 de l'article 34.

La rémunération de référence est établie sur la moyenne des rémunérations touchées pendant les trois mois de calendrier précédant la survenance de l'incapacité de travail

- en cas de travail au rendement ou à la tâche,
- à défaut d'horaire hebdomadaire à rythme normal,
- en cas de rémunération instable.

Pour les assurés dont la rémunération est fixée en pourcentage ou subit des variations saisonnières importantes, la rémunération de référence correspond aux douze mois de calendrier précédant celui de la survenance de l'incapacité de travail.

Si le salarié exerce son occupation au service de l'employeur depuis moins de trois ou de douze mois, la période de référence est réduite jusqu'à concurrence de la période de l'occupation effective.

A défaut d'un seul mois entièrement couvert, la rémunération de référence telle que définie à l'article 34, alinéa 1 est déterminée suivant sa valeur convenue dans le contrat de travail.

Pour la détermination de l'indemnité pécuniaire due au titre de l'article 9, alinéa 2 pour la fraction d'un mois, les montants calculés suivant les dispositions de l'alinéa qui précède sont multipliés par le nombre d'heures pendant lesquelles l'assuré remplit les conditions d'octroi de l'indemnité pécuniaire et divisés par le nombre total d'heures que l'assuré est appelé à travailler au cours du mois concerné. Les statuts précisent le calcul pour les autres périodes d'incapacité de travail inférieures à un mois de calendrier.

Par dérogation aux alinéas qui précèdent, l'indemnité pécuniaire pour les assurés visés à l'article 426 est calculée sur base du nombre d'heures pendant lesquelles l'assuré remplit les conditions d'octroi de l'indemnité pécuniaire ainsi que du salaire horaire mis en compte pour le calcul des cotisations pour le mois de calendrier précédent.

Les éléments de la rémunération entrant dans le calcul de l'indemnité pécuniaire sont réduits au nombre indice cent du coût de la vie et adaptés à l'évolution de cet indice suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'Etat.

Les fractions de cents sont arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq millièmes d'euros. Les fractions de cents sont arrondies vers le bas si elles sont strictement inférieures à cinq millièmes d'euros.

Le paiement du montant total de l'indemnité pécuniaire de maladie s'effectue postnumerando.

L'indemnité pécuniaire mensuelle ne saurait être inférieure au salaire social minimum, sauf cause légitime de dispense ou de réduction. En cas de travail à temps partiel, ce seuil est établi sur base du salaire social minimum horaire. Pour les apprentis, l'indemnité d'apprentissage constitue la base de calcul. L'indemnité pécuniaire mensuelle ne saurait dépasser le quintuple du salaire social minimum. »

La CSL rappelle que, d'après l'alinéa 1, premier tiret de l'article 32 CSS, la charge des cotisations à supporter par les assurés incombe par parts égales aux assurés et aux employeurs en ce qui concerne les salariés, apprentis et gens de mer.

La Chambre de salariés s'oppose à toutes tentatives visant à imputer le taux de cotisation unique sur l'assiette du salaire super brut (102,95% du salaire brut actuel, ou 103,15% après la hausse du taux de cotisation). Cette mesure, même si elle est neutre d'un point de vue coût total du travail à l'immédiat, aura indéniablement des effets négatifs sur le revenu net des salariés lors d'une éventuelle augmentation future du taux de cotisation.

En outre, il s'agirait d'une régression en matière de la protection sociale, vu que la charge à parts égales du taux de cotisation imputée aux employeurs et aux assurés a été introduite en 1974.

La Chambre des salariés rend en outre attentif aux difficultés qui se présentent par l'introduction de ce taux unique. En effet, les gestions PE et PN vont être fusionnées. Or, les PE maternité, avec 110 millions d'euros constituent maintenant la plus grande partie des prestations maternité. En cas d'une fusion des gestions, ce seront les assurés qui, à l'heure actuelle, n'ont pas à payer les cotisations pour les prestations en espèces (retraités, fonctionnaires), qui devront contribuer au financement des PE maternité des salariés.

Réduction de la participation de l'Etat (article 1^{er}, point 19^o modifiant l'article 31 CSS)

D'autre part, ces dispositions ont également pour conséquence un désengagement croissant de l'Etat du financement de l'assurance maladie. En effet, d'après les calculs de notre Chambre, le taux de contribution de l'Etat au financement de l'assurance maladie-maternité s'élève en 2010 à 41,3 %.

Dans le commentaire des articles (p. 92 du projet de loi), le Gouvernement affirme clairement qu'il s'agit pour lui de garder constante sa participation effective par la fixation à 40% de son taux de contribution.

Bien que l'article 12 du projet de loi prévoit l'introduction d'une dotation forfaitaire de l'Etat de 20 millions d'euros 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, la participation de l'Etat tombe de 41,3% à 39,9%, si l'on tient compte de cette dotation, qui est limitée dans le temps puisqu'elle sera réévaluée au plus tard fin 2013.

	2010		2010réforme		Différence
cotisations nature	1091,9	63%	1132,3	60%	40,4
Etat nature	641,3	37%	754,9	40%	113,6
cotisations espèces	61,4		61,4		0
Etat espèces	25,7	29,50%	34,8	40%	9,1
Etat maternité	162,8		20		-142,8
Autres recettes	28,2		28,2		0
Total recettes	2011,3		2031,6		20,3

Chiffres : CNS sous l'hypothèse d'une augmentation du taux de cotisation à 5,6%, calculs : CSL

Taux de contribution de l'Etat en 2010 :

$(641,3+25,7+162,8)/2011,3 = 0,413$ ou 41,3%

Taux de contribution de l'Etat en 2010 avec l'intégration des prestations de maternité et la hausse du taux de cotisation à 5,60%:

$(754,9+34,8+20)/2031,6 = 0,399$ ou 39,9%.

La CSL constate par conséquent une diminution de la participation de l'Etat dès l'entrée en vigueur des dispositions prévues par le projet de loi sous avis. Mais au-delà, il est à craindre fortement que la participation de l'Etat ne soit davantage réduite à l'avenir, comme c'est d'ailleurs actuellement le cas en matière d'assurance dépendance, où le pourcentage de la participation financière de l'Etat a d'abord été réduit et le montant a ensuite été gelé à 140 millions d'euros.

Augmentation du taux de cotisation (article 7 et amendement 27°)

Le projet de loi initial prévoyait un **relèvement du taux de cotisation de l'ordre de 0,4% par rapport au taux actuel de 5,4%**. D'après l'exposé des motifs, cette mesure devrait rapporter 50 millions d'euros. **Force est cependant de constater que sur l'exercice 2010, combinées à l'intégration des prestations de maternité, les recettes augmenteraient déjà de presque 88 millions d'euros.**

Pour l'exercice 2011, l'impact d'une augmentation du taux de cotisation se chiffrerait à 132,6 millions d'euros.

La CSL note que le comité directeur de la CNS, a, dans sa réunion du 10 novembre 2010, arrêté un relèvement du taux de cotisation de 0,2% à charge partagée entre les assurés, les employeurs et l'Etat, ce qui devrait engendrer des recettes de l'ordre de 67 millions d'euros.

Par conséquent, l'amendement numéro 27° vise à supprimer l'article 7 du projet de loi initial.

La Chambre des salariés note que l'avant-projet de loi prévoyait encore d'autres possibilités d'augmentation des recettes, à savoir :

- **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,**
- **une solution mixte d'un relèvement du plafond cotisable combiné à une hausse du taux de cotisation.**

Notre Chambre demande de ne pas négliger la possibilité d'une suppression du plafond cotisable, comme c'est le cas dans l'assurance dépendance, qui rapporterait des recettes supplémentaires de 180 millions d'euros. Une telle mesure permettrait d'ailleurs de réduire le taux de cotisation.

D'après la CSL, qui constate que l'augmentation des recettes est beaucoup plus forte que ce qui a été annoncé initialement par le Gouvernement, on aurait pu renoncer à l'augmentation des participations des assurés, puisque, si aucun effort n'était demandé aux prestataires de soins, hormis la renonciation à des tarifs surfaits, il serait à craindre que les assurés ne doivent fournir la contribution majeure en matière d'assainissement financier de l'assurance maladie.

11.2.2.2. Au niveau des dépenses

Participation des assurés (article 5, alinéa 2 et amendement 26°)

L'alinéa 2 de l'article 5 du projet de loi initial prévoyait qu'un règlement grand-ducal détermine les adaptations à apporter à la prise en charge des prestations et à la participation des patients, de sorte à réaliser une économie de 25 millions d'euros. **Notre Chambre note que l'exposé des motifs indique que 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 prévoyait la possibilité d'arrêter des mesures correspondantes par voie de règlement grand-ducal. Toutefois, l'alinéa 2 de l'article 5 cité ci-dessus disposait clairement qu'un règlement grand-ducal procédera aux adaptations en question.**

Le 10 novembre 2010, le comité directeur de la Caisse nationale de santé a adopté le budget de l'exercice 2011 en décidant des mesures d'économies statutaires à hauteur de 20 millions d'euros, tout en précisant que cette décision était liée au maintien dans le projet de loi d'une économie correspondante à réaliser à charge des prestataires de soins.

Par conséquent, l'amendement numéro 26° vise à supprimer l'article 5, alinéa 2 du projet de loi initial.

Au niveau des participations statutaires, les mesures suivantes ont été retenues par la CNS:

Soins médicaux :

Pour les actes et services, il est prévu de porter la participation généralement de 10% à 12%. Pour les visites, la participation reste à 20% sur le tarif de la visite V1.

Soins médico-dentaires :

Au-delà d'un montant annuel de 60 € (actuellement 49,75 €) intégralement à charge de l'assurance maladie, les actes et services autres que prothèses sont pris en charge à raison de 88% (au lieu de 95%) des tarifs conventionnels.

Soins de kinésithérapie :

Pour les actes inscrits au chapitre 1, 2, 4, 7 et 9 (sauf milieu stationnaire), la participation est portée de 20% à 30%.

Soins infirmiers:

La participation est portée de 0% à 12%, sauf pour les personnes dépendantes ou assimilées.

Soins d'orthophonie :

La participation est portée de 0% à 12%, sauf pour les actes avec une participation à 20%.

Soins de psychomotricité :

La participation est portée de 0% à 12%, sauf pour les actes avec une participation à 20%.

Soins hospitaliers :

La participation à l'entretien en milieu hospitalier stationnaire est portée de 1,80 € à 2,70 € (n.i. 100) (de 12,96 à 19,44 €). La participation à l'entretien en milieu semi stationnaire est portée de 0,90 à 1,35 € (n.i. 100) (de 6,48 à 9,72 €).

Une participation forfaitaire de 2,50 € est prévue en cas de passage en polyclinique, sauf en cas de traitement stationnaire ou semi-stationnaire.

Cures thermales :

La participation sur les actes et services prestés au Centre thermal à Mondorf-les-Bains est portée de 10% à 20 %.

Fournitures orthopédiques :

Une augmentation de la participation de 20% à 40% sur les positions P 5010130 à P 5010133 est prévue (Bas de contention).

Aides visuelles :

Les montures sont prises en charge jusqu'à un montant de 30,00 € au lieu de 40,00 €

Indemnité funéraire :

L'indemnité funéraire est diminuée de 175 € à 130 € au nombre indice 100 (de 1.259,72 € à 935,80 €).

L'article 1, point 5° du projet de loi prévoit déjà des modifications de l'article 17 CSS sur la prise en charge des soins de santé. Ainsi ne seront plus pris en charge les **frais de voyage**. En outre, en matière d'hospitalisation, alors que, à l'heure actuelle, sont pris en charge les **frais d'entretien en cas d'hospitalisation** sauf pour le cas de simple hébergement, à l'avenir, la prise en charge peut être plus limitative. En effet, il s'agit des « 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 ».

L'augmentation de la participation statutaire est une mesure qui s'inscrit dans un mouvement à long terme de déremboursement progressif des soins. Depuis un certain nombre d'années, on assiste à un affaiblissement de la couverture garantie de la Sécurité sociale en ce qui concerne les visites chez le médecin, les médicaments ou généralement des produits pharmaceutiques prescrits, les analyses et les séjours à l'hôpital. Pour compenser, les pouvoirs publics misent sur un rôle accru des mutuelles et des assurances privées.

Ce transfert réduit automatiquement la charge des dépenses de la Sécurité sociale, mais le besoin de financement ne disparaît pas pour autant puisque c'est l'augmentation générale de l'âge de la population et du nombre d'affections longue durée qui creuse le trou de la Sécurité sociale. Soigner ces pathologies coûte de plus en plus cher, et les technologies utilisées sont de plus en plus sophistiquées.

La Chambre des salariés ne peut en aucun cas s'associer à une stratégie de "responsabilisation des malades". Certaines personnalités du monde patronal et politique estiment en effet que si l'on fait payer de plus en plus les assurés pour les soins leur dispensés, ceux-ci deviendraient plus conscients du coût véritable de la santé.

On ne peut cependant pas accuser les malades d'être malades. Ce sont les médecins qui font les prescriptions, et non les patients. Ces derniers ont un seul souci : guérir. Ils ne peuvent pas juger de la pertinence de tel ou tel traitement. Cette responsabilité incombe aux prestataires de soins.

Une augmentation des charges financières des patients risque avant tout de créer des inégalités dans l'accès aux soins. Plus la prise en charge des soins par la Sécurité sociale diminue, plus les mutuelles et assurances coûtent cher. Or, tout le monde ne peut pas se payer

une bonne mutuelle pour couvrir les déremboursements. Cela pose avant tout un problème pour la prise en charge des soins dentaires et ophtalmologiques.

De fait, certaines personnes risquent de réfléchir à deux fois avant de consulter un médecin.

Le CEPS/INSTEAD¹² a analysé dans quelle mesure des personnes ont renoncé aux soins médicaux, alors qu'elles en auraient eu besoin. Dans un deuxième temps, le CEPS a étudié les raisons de ce «non-recours» aux soins, en calculant la proportion des personnes ayant renoncé aux soins pour une raison donnée. Ainsi, il est possible de déterminer si le non-recours aux soins est dû soit à la situation socioéconomique des personnes, soit à des problèmes liés à l'offre de santé (par exemple, liste d'attente, densité médicale, grande distance à parcourir, etc.).

En ce qui concerne le non recours à un médecin en général, il ressort de l'enquête qu'environ 5% des personnes n'avaient pas la possibilité de consulter un médecin (ou de suivre un traitement) alors que leur état de santé le nécessitait. Parmi ces personnes, la majorité (58%) préférerait attendre et voir si la situation s'améliorait d'elle-même, 7% avaient peur des médecins, 4% avaient renoncé pour des raisons financières, 3% pour cause de listes d'attente trop longues et les autres pour diverses autres raisons.

Il n'y a pas de différence fondamentale entre hommes et femmes et pas de différenciation nette entre statut socioéconomique et revenu. En effet, les personnes à la recherche d'un emploi (8%) et les actifs (6%) renoncent plus fréquemment que les étudiants (2%). Pour ce qui est des tranches de revenu, les revenus moyens (par équivalent) des personnes ayant dû renoncer à consulter un médecin (environ 2.500 euros/mois) ne diffèrent guère de ceux des personnes n'y ayant pas renoncé (2.700 euros/mois).

La situation se présente cependant de manière très différente si l'on analyse le recours à des soins dentaires. A la différence du renoncement à des soins de santé généraux, le non recours à des soins bucco-dentaires varie sensiblement selon le statut socioprofessionnel: il concerne pas moins de 11% des personnes à la recherche d'un emploi contre 4% des actifs, 2% des inactifs et 2% des étudiants.

Par ailleurs, les revenus moyens (équivalents) des personnes ayant dû renoncer à consulter un dentiste sont sensiblement inférieurs à ceux des personnes qui n'ont pas dû y renoncer (2.300 euros/mois versus 2.700 euros/mois).

Globalement, les raisons principales de non recours aux soins dentaires diffèrent selon le niveau des revenus. En effet, parmi les personnes qui ont dû renoncer à ces soins et qui vivent sous le «seuil de pauvreté monétaire», 37% l'ont fait pour des raisons financières, 13% par peur du dentiste et 15% en espérant que la situation s'améliore toute seule (voir tableau ci-dessous). Parmi les personnes concernées situées au-dessus du seuil de pauvreté monétaire, ces chiffres sont respectivement de 5, 23 et 13%. Toutes raisons confondues, parmi les personnes situées sous le seuil de pauvreté, 7% ont dû renoncer aux soins dentaires, contre 3% parmi les personnes situées au-dessus de ce seuil.

Répartition des raisons de non recours aux soins dentaires

	Personnes situées sous le seuil de pauvreté monétaire	Personnes situées au-dessus du seuil de pauvreté monétaire
Raisons financières	37,2 %	5,4 %
Attendre et voir si la situation s'améliore d'elle-même	14,9 %	12,5 %
Peur du dentiste	12,7 %	22,8 %
Autres raisons	35,3 %	59,2 %

¹² «Vivre au Luxembourg», n° 34, avril 2007

Alors que l'offre de soins de santé généraux paraît être relativement bien accessible à toutes les couches de la population (à l'exception des personnes en situation de grande pauvreté), tel n'est pas le cas des soins dentaires où l'on constate une très nette divergence d'accès en fonction des ressources financières des assurés. Le renoncement à des soins dentaires semble donc bien refléter un lien entre pauvreté et santé.

Gel ou réduction des tarifs des prestataires de soins (articles 4 et 5 alinéa 1, amendements 25° et 26°)

25 millions d'euros d'économies devraient être réalisées par voie d'économies directes sur les tarifs des prestataires de soins. L'amendement 26° vise à réduire ce montant à 20 millions.

Les médecins

L'article 4 du projet de loi maintient les valeurs des lettres-clés des prestataires suivants par rapport à leur valeur applicable au 31 décembre 2010 pendant les années 2011 et 2012 :

- les médecins ;
- les médecins-dentistes;
- les professions de la santé;
- les établissements de cures thérapeutiques et les centres de convalescence;
- les services prestés dans le domaine de la psychiatrie extrahospitalière;
- les fournisseurs de prothèses orthopédiques, d'orthèses et d'épithèses;
- concernant les soins palliatifs, pour les réseaux d'aides et de soins, les établissements d'aides et de soins, ainsi que les centres d'accueil pour les personnes en fin de vie.
(économie : **3 millions d'euros**)

En outre, l'adaptation ciblée de certains actes médicaux est censée apporter une économie de l'ordre de **6 à 6,5 millions d'euros** par rapport à la situation actuelle. Cette disposition devrait être appliquée après des négociations avec les prestataires de soins afin de trouver des pistes d'épargne dans leurs schémas de rémunération (révision des coefficients de la nomenclature).

L'évocation explicite de la **majoration des tarifs pour hospitalisation en première classe** est supprimée à l'article 66 CSS. 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, d'après les auteurs du texte gouvernemental, un incitatif à une hospitalisation exagérée.

La CSL note toutefois que la majoration des tarifs en première classe est toujours possible. Contrairement à ce qui a été annoncé dans le programme gouvernemental (« Dans les hôpitaux, le nombre des chambres à un lit sera augmenté. Pour ces chambres, le tarif majoré de 66% pour les actes médicaux sera supprimé progressivement. »), le projet de loi sous avis n'a pas l'intention de l'abolir.

En outre, il ne faut pas oublier que les prestataires ont également une influence sur le nombre des actes. Si le coût global équivaut à la multiplication du prix unitaire et du nombre des actes, les nomenclatures tiennent uniquement compte du prix, sans pouvoir limiter la quantité.

Les laboratoires

Contrairement à ce qui était prévu dans le projet de loi initial (réduction de la valeur de la lettre-clé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique de 14,25%, correspondant à une économie de 3 millions d'après le Gouvernement et de 5,7 millions d'après les laboratoires), les amendements maintiennent la valeur de la lettre-clé à 0,3557 attribuent la réduction de la valeur

de la lettre-clé à la CNS et aux laboratoires en vue de dégager une économie de 2 à 2,5 millions d'euros.

Le projet de loi prévoit également 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.

La CSL constate que, hormis la mission lui attribuée par l'amendement 9° en matière d'utilisation des données des dossiers de soins partagés, le projet de loi ne contient aucune disposition sur le rôle du Laboratoire national de santé dans le système de santé luxembourgeois. Elle renvoie au chapitre III du présent avis pour ce qui est de ses observations relatives aux laboratoires hospitaliers.

Les pharmaciens

L'exposé des motifs et le commentaire relatif à l'article 5 prévoient qu'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 celle-ci devrait apporter **0,5 millions d'euros**.

Force est cependant de constater que cette adaptation de l'abattement ne figure pas dans le texte du projet de loi. Le commentaire relatif à l'amendement 29° précise que l'apport des pharmaciens est considéré dans le cadre de la révision déjà effectuée du mécanisme de rémunération lié à la fourniture de médicaments.

Les établissements hospitaliers

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 pour le secteur hospitalier, afin de cadrer le mécanisme actuel de budgétisation des établissements hospitaliers sur base de leurs activités spécifiques.

L'article 6 du projet de loi arrête une **fixation initiale** de cette enveloppe. Le projet de loi vise à introduire une enveloppe budgétaire hospitalière globale afin de ramener le taux de croissance de ce secteur d'environ **6% à 3%** et devra dégager au moins **10 millions** d'euros par rapport à l'évolution à législation constante. 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.

Le principe même de l'enveloppe budgétaire est un élément structurel de maîtrise des coûts à moyen et long terme, alors que, à court terme, par dérogation au nouvel article 74 CSS, qui régit l'enveloppe budgétaire, le projet de loi prévoit une réduction de la croissance des dépenses de 6% à 3%.

La procédure d'établissement des budgets spécifiques des établissements hospitaliers prévue à l'article 77 CSS est adaptée en conséquence. Ces budgets peuvent exceptionnellement être fixés jusqu'au 1er juillet 2011.

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 (CPH)**. 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 a pour objectif la recherche d'efficacité 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.

D'après le commentaire des articles, l'enveloppe budgétaire globale, plus stricte à appliquer que la budgétisation actuelle, devrait obliger 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 dans le secteur hospitalier. Ainsi, lors de la création d'un nouveau service hospitalier, le financement de l'activité y relative peut être assuré 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 devra se faire 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.

La CSL a de sérieux doutes en ce qui concerne la limitation des dépenses du secteur hospitalier alors que, hormis l'absence d'un plan hospitalier adapté qui devrait faire partie intégrante du présent projet de loi, les infrastructures hospitalières existantes ainsi que l'équipement et l'appareillage nouvellement acquis n'ont, pour la plupart, pas encore été amortis de sorte qu'il est illusoire de prévoir une réorganisation ou une synergie de l'offre des prestations à court et à moyen terme.

D'autre part, il faut être conscient que le secteur hospitalier est un secteur à forte composante de main d'œuvre. L'échéance d'une tranche indiciaire et les augmentations conventionnelles des salaires représentent déjà une augmentation des salaires de 3%.

Quelle est en outre la raison d'être du PRN¹³, d'après lequel les dotations en personnel sont établies, s'il en résulte la nécessité d'une augmentation de la dotation en personnel alors que d'un autre côté, l'augmentation des coûts est déjà limitée à 3% ?

Vu que l'augmentation maximale de 3% s'applique à la totalité des établissements hospitaliers, que se passera-t-il si certains hôpitaux ont une progression plus forte ? Les autres établissements devront-ils freiner leurs dépenses ?

Finalement, le centre d'accueil pour personnes en fin de vie étant intégré dans le plan hospitalier et de ce fait financé par la voie du budget hospitalier, la limitation prévue tient-elle compte de ces nouvelles dépenses ?

Notre Chambre, qui rappelle que l'Etat participe à 80% au financement des hôpitaux, la CNS assumant les 20% restants, est d'avis que le rôle de la collectivité nationale ne comporte pas la participation au financement de structures de luxe. Or, l'on assiste de plus en plus à des constructions d'établissements hospitaliers dans lesquels les chambres à un lit dominant et où des volumes considérables ne jouent qu'un rôle décoratif (halls d'entrée géants p. ex.). De telles pratiques de construction risquent de limiter l'offre de lits hospitaliers et donc l'accès à la santé et d'aboutir finalement à une médecine de deux classes. Notre Chambre propose par conséquent que la participation de l'Etat soit liée à des taux maxima de chambres à un lit. En

¹³ Le PRN (projet de recherche en nursing) est une méthode de calcul des besoins en personnel dans les hôpitaux découlant de travaux de l'Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé (E.R.O.S.) de l'Université de Montréal. Il mesure les soins directs requis par l'état du patient, tant en nature qu'en durée. À partir d'un plan de soins infirmiers, sont listées les différentes actions de soins requises. Des points d'indice sont attribués à chaque action en utilisant la grille du PRN. Leur total permet de classer la dépendance par rapport aux soins, et de donner un temps pour les soins directs en minutes.

outre, la CNS devrait avoir plus de pouvoir en matière de planification hospitalière, voire offrir elle-même des prestations de soins afin d'avoir un impact modérateur sur l'évolution du coût en la matière. La médecine de l'environnement pourrait offrir un terrain sur lequel la CNS pourrait devenir active, étant donné que ce volet fait totalement défaut dans le projet de loi.

Quant aux actes médicaux, ils 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.

Le fait de ne pas intégrer les actes médicaux dans l'enveloppe budgétaire globale en limite également la portée. Si les médecins continuent à être payés à l'acte, plus ils voient de patients, plus ils gagnent d'argent. En Suède et en Grande-Bretagne, les médecins sont rémunérés de manière forfaitaire. Ils sont soit salariés, soit payés en fonction de la taille de leur clientèle.

Un système de DRG (Diagnosis related groups), introduit sous diverses formes dans presque tous les systèmes de santé avancés, 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 (voir également le point II.8. du présent avis).

En effet, l'introduction d'une **comptabilité analytique** standardisée à définir par la Caisse nationale de santé à l'instar des dispositions applicables dans le cadre de l'assurance dépendance permettra à la CNS d'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.

Si l'introduction de Diagnosis related groups (DRG) peut contribuer à une optimisation des soins au niveau de la qualité et du coût, comme le soulève le site internet allemand « med2day ¹⁴»:

« - Die Liegezeit der Patienten nimmt drastisch ab, da eine längere Behandlungsdauer keine zusätzlichen Einnahmen mehr bringt und somit für die Klinikbetreiber unrentabel ist.

- *Die Behandlung rückt ab vom bisherigen Prinzip der Maximalversorgung. Der Trend geht hin zu einem überlegten Einsatz der individuell sinnvollen Diagnose- und Therapieparameter.*
- *In Zukunft wird immer mehr versucht werden, nur noch die Untersuchungen durchzuführen, die auf möglichst kostengünstige Art die gewünschten Informationen liefern. Inwieweit dann noch Spezialuntersuchungen, die in seltenen Fällen Erfolg versprechen, durchgeführt werden, muss weiter beobachtet werden. »,*

un problème se pose pour les patients qui souffrent de plusieurs maladies qui ne rentrent pas dans la classification d'un groupe homogène de maladies ainsi que sur un certain nombre d'inconvénients que le projet de loi passe sous silence.

En effet, le site « med2day » précise les inconvénients de la façon suivante :

« Neben zusätzlichem Dokumentationsaufwand für die Ärzte und damit noch weniger verbleibender Zeit für den Patienten werden auch Mehrkosten für das Gesundheitswesen bis hin zu Gefahren der medizinischen Versorgung befürchtet, weil nicht mehr die einzelne Maßnahme bezahlt wird, sondern nur noch eine pauschale Vergütung geleistet wird. Dies könnte eine Wende von der derzeitigen Maximalversorgung zu einer Minimalversorgung bedeuten. In Zukunft hängt die Vergütung für das Krankenhaus nicht mehr von der Verweildauer des Patienten ab, sondern von einer möglichst effizienten DRG-Codierung in Haupt- und Nebendiagnosen. Beispielpprogramme

¹⁴ Med2day bietet konzipierte Trainings speziell für Arztpraxen, Kliniken, Apotheken, Gesundheitszentren und für vergleichbare Einrichtungen im Gesundheitswesen an

demonstrieren bereits, wie wichtig es ist, das System der Abrechnung genau zu beherrschen, um zu einem möglichst hohen Ergebnis zu kommen. Eine Folge der DRG`s wird auf jeden Fall sein, dass Behandlungskonzepte neu überdacht werden müssen. »

Au vu des inconvénients qui sont cités dans le contexte de l'introduction des DRG et en l'absence d'une analyse approfondie et comparative des avantages et des désavantages d'un tel système codifié, la CSL ne saura donner son accord à un tel système de rémunération forfaitaire alors qu'il ne met plus le patient *in medias res* mais bien le coût financier de la prestation.

La périodicité de l'élaboration des **budgets des établissements hospitaliers est portée de un à deux ans**, ceci pour des raisons de simplification administrative pour la CNS. En outre, la CNS aura l'obligation d'arrêter le décompte définitif au plus tard 12 mois après la fin de l'exercice.

* * *

En matière d'efforts à réaliser par les prestataires, le projet de loi prévoit pour l'année 2011 une économie 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%, serait ramenée pour les années à venir à 3-4%.

Les projections gouvernementales sont basées sur l'hypothèse que cette épargne sera durable (donc qu'il n'y aura 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.

11.2.2.3. Au niveau du fonds de roulement (article 3 et amendement 24°)

L'assurance maladie luxembourgeoise fonctionne d'après le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve qui ne peut être inférieure à 10%, ni supérieure à 20% du montant annuel des dépenses.

La réserve en question fait fonction uniquement d'un fonds de roulement devant parer à des impasses de trésorerie de l'assurance maladie. L'évolution de la trésorerie sur l'année 2010 n'a d'ailleurs pas fait ressortir la menace d'une impasse substantielle en présence de la baisse du minimum légal de la réserve.

D'après le projet initial, la limite inférieure de la réserve de l'assurance maladie-maternité, refixée en 2010 à 5,5% dans le but de renoncer à une augmentation du taux de cotisation, devrait être 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.

L'amendement 24° dispose que la limite inférieure de la réserve est réduite pour l'exercice 2011 à 5,5%, pour l'exercice 2012 à 6,5%, pour l'exercice 2013 à 7,5% et pour l'exercice 2014 à 8,5%.

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%.

La CSL considère que sur base des expériences des dernières années, le montant minimum de 10 % est suffisant pour servir aux fins voulues et qu'il n'y a pas lieu, à ce stade de le revoir à la hausse.

Bien au contraire, au lieu de porter graduellement le taux de la réserve à 7,5% en 2011, à 9% en 2012 et à 10% pour les années consécutives, modalité prévue dans le projet de loi initial, la CSL est d'avis que l'on pourrait maintenir le taux à 5,5% en 2011.

Elle salue le fait que l'amendement gouvernemental retient également cette modalité, décidée d'ailleurs par le comité-directeur de la CNS.

D'après les calculs de notre Chambre basés sur le projet initial, un fonds de roulement de 7,5% ne mettrait d'ailleurs pas en péril une situation financière équilibrée de l'assurance maladie sur la période 2010-2014, comme le montre le tableau qui suit

Projet de réforme initial avec un fonds de roulement de 7,5%					
	2010	2011	2012	2013	2014
Recettes totales	2011,5	2154	2226	2325	2439
Dépenses totales	2045,8	2116	2208	2304	2406
Solde courant	-34,3	38	18	21	33
Solde global cumulé (Réserve)	165	203	221	242	275
Fds roulement (FDR)	153,4	158,7	165,6	172,8	180,5
Dot./prélèvement FDR	-42,7	5,3	6,9	7,2	7,7
Solde apr. dot./prélt.	8,4	32,7	11,1	13,8	25,4
Solde cumulé	11,6	44,3	55,4	69,2	94,6

D'autre part, la réforme initialement proposée par le Gouvernement serait également équilibrée si le fonds de roulement était maintenu à 7,5% des dépenses comme le montre le tableau qui précède.

La CSL demande en outre de réfléchir à la possibilité d'instaurer une véritable réserve, à l'instar des dispositions en matière de financement de l'assurance pension, l'objectif du fonds de roulement prévu en matière d'assurance maladie n'étant que de nature à parer à des difficultés de trésorerie. Une telle réserve permettrait de constituer des provisions en vue du remboursement de prestations à l'étranger qui gagneront encore en importance à l'avenir.

III. Le secteur hospitalier

1. L'organisation interne des hôpitaux et la qualité des soins

1.1. Observations concernant la politique hospitalière *(article 2, point 2° modifiant l'art. 2 de la loi hospitalière du 28.8.1998)*

1.1.1. La dotation en lits

Il y a lieu de relever que si certains plans hospitaliers antérieurs ont procédé à une réduction du nombre des lits hospitaliers, l'actuel plan hospitalier ne vise ni une réduction, ni une augmentation du nombre. Cette stabilité dans le nombre de lits peut être justifiée par l'augmentation de la population résidente, d'une part, et la diminution de la durée d'hospitalisation en raison des progrès de la médecine, d'autre part.

Le secteur hospitalier compte actuellement 2.282 lits aigus. Le plan hospitalier de 2009 a maintenu le nombre de lits. La CSL constate que, en raison de l'augmentation de la population résidente, le taux de lits aigus par 1.000 habitants a diminué de 4,8 au 1er janvier 2007 à 4,5 au 1er janvier 2010.

La plan hospitalier contient des dispositions habilitant le ministre de la Santé à autoriser la conversion de lits aigus en lits ambulatoires ou en lits de moyen séjour. Il prévoit aussi la création de lits supplémentaires par dépassement du nombre de lits planifiés, si, suite à l'évolution démographique, le nombre de lits aigus par 1.000 habitants tombe au sein d'une région hospitalière au-dessous de 4, ou si la mobilité des patients depuis l'étranger vers une région hospitalière entraîne une modification notable du flux des patients, compromettant l'accessibilité ou la qualité des soins dans cette région.

La CSL est d'avis que la proportion de 4 lits par 1.000 habitants n'est pas excessive. En effet, le bien-être des patients doit être au centre de la politique de santé. Ceci implique que des files d'attente pour entrer dans l'hôpital et un surpeuplement des unités de soins ne peut en aucun cas être toléré. La CNS considère qu'un taux d'occupation moyen des lits aigus allant jusqu'à 80% est acceptable. En 2006, ce taux moyen était de 74,1% avec un taux minimum de 61,3% pour le Clinique Ste. Marie et un taux maximum de 83,1% pour l'Hôpital St. Louis.

La CSL demande que la planification hospitalière ne se limite pas au seul nombre de lits, mais qu'elle prenne également en considération d'autres indicateurs. Il existe par exemple un ensemble d'infrastructures qui génèrent également des coûts, sans nécessairement être liés aux lits.

Une meilleure planification implique aussi une meilleure utilisation dans le temps et l'espace des établissements et équipements en étendant les horaires d'utilisation de ces derniers, tout en respectant évidemment la qualité de vie des patients.

En outre, notre Chambre estime que des efforts accrus devraient être entrepris en matière de planification hospitalière dans le Grande région.

1.1.2. Le virage ambulatoire

La chirurgie ambulatoire qui se trouve encore peu développée au Luxembourg, devra le cas échéant être revue à la lumière de la réglementation européenne « droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers ».

Bien que le plan hospitalier consacre le principe du virage ambulatoire, il n'y a pas de précision quant à cette prise en charge. Le plan hospitalier donne au ministre la faculté d'émettre des recommandations quant à cette prise en charge.

La CSL regrette que le plan hospitalier ne donne pas d'indication, ni sur le nombre de lits ambulatoires, ni d'ailleurs sur celui des soins intensifs.

Le projet de loi sous avis ne contient pas non plus des précisions quant aux soins ambulatoires. Notre Chambre craint toutefois que la nouvelle formulation de la prise en charge prévue par l'article 1, point 5° du projet de loi à l'article 17 CSS (« 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 ») n'introduise de manière cachée le virage ambulatoire.

Or, bien que le traitement ambulatoire puisse représenter des avantages pour le patient qui, généralement, se sent mieux dans son entourage familial, il doit être assorti d'un certain nombre de garanties concrètes.

D'abord, il doit être garanti que l'entourage extrahospitalier du patient est tel que les conditions d'hygiène et de sécurité soient au moins équivalentes à celles de l'hôpital. C'est pourquoi il faut un accompagnement régulier de la part des professionnels de la santé et cette offre doit exister à travers tout le pays.

Les traitements ambulatoires ne doivent pas seulement être dispensés de manière à correspondre à des actes médicaux d'après une clé donnée, mais prendre en compte la situation personnelle du patient. Une importance accrue reviendra dans ce cas aux visites à domicile de la part du médecin généraliste qui est le médecin de confiance du patient.

Les traitements ambulatoires doivent être considérés comme étant des prestations hospitalières rattachées à l'hôpital. Ceci signifie que les frais y relatifs sont à considérer comme frais hospitaliers bénéficiant du tiers payant et du remboursement intégral. La CSL se prononce contre toute extériorisation des soins qui seraient dispensés selon une logique de marché. Ceci veut dire également que les conditions de travail des salariés doivent être respectées.

Le modèle de budgétisation doit toutefois être adapté aux soins ambulatoires étant donné que le PRN implique une dotation en personnel insuffisante dans l'ambulatoire.

De tout ce qui précède résulte la conclusion que le virage ambulatoire ne conduit pas nécessairement à une diminution des coûts de la santé. En effet, ceci ne doit pas être son objectif. La CSL peut accompagner le développement des traitements ambulatoires uniquement dans le cas où il a pour conséquence une amélioration de la situation du patient et garantit le respect des conditions de travail des salariés.

1.2. L'organisation interne des hôpitaux et l'assurance qualité

1.2.1. L'hôpital et ses acteurs

Les fonds publics investis dans le secteur luxembourgeois de la santé servent en grande partie à assurer les prestations dispensées dans les hôpitaux. Les hôpitaux doivent veiller à ce que les moyens mis à leur disposition soient judicieusement et efficacement utilisés au service des patients. Cela implique une organisation des services permettant d'examiner et de traiter chaque patient dans les meilleures conditions.

Cependant, l'on peut constater depuis des années, au cours de périodes plus ou moins longues, une suractivité par rapport au volume de travail que peuvent raisonnablement exécuter un seul hôpital ou plusieurs de ses services. Il ne s'agit pourtant pas d'activités supplémentaires qui répondraient à des interventions urgentes ou même vitales pour les patients. Les raisons de cette « hyperactivité » sont à chercher à un tout autre niveau, à savoir :

Idée de concurrence et de « Benchmarking » plutôt que de collaboration

L'introduction de la budgétisation dans le financement des hôpitaux au milieu des années 1990 s'est traduite par une plus grande transparence et une plus juste répartition des fonds. En revanche, un mode de fonctionnement moins positif s'est insidieusement mis en place dans les hôpitaux, à savoir que leur seul souci est de faire preuve d'une activité maximale, faute de quoi les fonds mis à disposition par la CNS, destinés au financement du personnel et du matériel, pourraient être réduits.

La conséquence de cette mentalité est une concurrence accrue entre hôpitaux, avec pour seul objectif de s'assurer la plus grande part de marché possible. Une collaboration entre hôpitaux revêt visiblement dès lors un caractère exceptionnel, reléguant à l'arrière-plan les réflexions sur la complémentarité, lesquelles serviraient les intérêts des patients et permettraient une meilleure organisation des services.

Avec le versement de « primes de qualité », l'idée du « Benchmarking » (=comparer les performances entre hôpitaux) est encouragée, ce qui contribue à accroître encore plus l'esprit de concurrence qui nuit gravement au maintien de la qualité. Par souci de prestige, chaque hôpital cherche ainsi à offrir la plus large gamme de services possible. Les directions des hôpitaux poussent les médecins à une activité maximale sans tenir compte de la surcharge de travail et de la perte de qualité qui en découlent.

Le modèle actuel de médecine libérale soulève toujours plus de questions [article 2, point 16° modifiant l'art. 31 de la loi hospitalière du 28.8.1998]

Le corps médical libéral fait preuve de complaisance. En effet, plus les patients sont nombreux à être dirigés vers les hôpitaux avec autant de pathologies que possible, plus le « marché » des malades est lucratif. La question est de savoir pourquoi il n'existe pas au Luxembourg d'instance de contrôle pour certifier que les soins et les services sont bien justifiés et pour empêcher les abus (voir ci-dessous).

Par crainte de perdre un patient au profit d'un « concurrent », les hôpitaux acceptent en permanence une surcharge de travail, reléguant au second plan le programme réglementé des activités, en dépit de tous les risques que cela implique pour les patients et le personnel. C'est même la sécurité des patients qui est parfois remise en question: le personnel est souvent débordé, les situations de stress sont quotidiennes et le danger que des erreurs soient commises est alors particulièrement élevé.

Par contre, si les médecins sont des employés de l'hôpital, une meilleure coordination entre activités régulières et médecine d'urgence, une planification raisonnée des capacités en lits, l'observation des règles élémentaires de fonctionnement et des formes d'organisation temporaires, etc., deviennent alors possibles. Il serait bon que la politique et les responsables du secteur hospitalier envisagent d'encourager et d'étendre le système du « médecin-salarié ».

Le niveau élevé des dépenses hospitalières s'explique en partie par le système de rémunération des médecins qui, sauf dans le cas du Centre hospitalier de Luxembourg (CHL), sont agréés par les hôpitaux et rémunérés sur base du paiement à l'acte, si bien qu'ils peuvent fixer leur niveau d'activité et choisir les pratiques médicales en toute indépendance vis-à-vis des responsables des hôpitaux (Belegarztsystem). Leur rémunération est déterminée par le nombre des actes et les paramètres de prix négociés entre la CNS et l'association des médecins. En outre, ils peuvent utiliser les équipements médicaux des hôpitaux en appliquant leurs propres normes.

D'après la loi hospitalière, les contrats d'agrément des prestataires de soins non salariés exerçant dans les hôpitaux et établissements hospitaliers spécialisés doivent correspondre à un contrat-type, dont le contenu minimal est arrêté d'un commun accord entre les différents groupements professionnels des prestataires de soins et les groupements des hôpitaux.

Force est cependant de constater que les hôpitaux, dont les plus grands font partie des principaux employeurs du pays, sont probablement les seules entreprises dont les dirigeants n'ont aucune

influence sur une grande partie de l'activité. En effet, la quasi-totalité des hôpitaux luxembourgeois ignorent même souvent quelles activités les médecins agréés assurent à l'hôpital et quels diagnostics ils y prennent en charge.

Quant aux médecins, ils ne sont pas intégrés comme partenaires de l'entreprise et, en général, ne sont même pas mis au courant des résultats des négociations budgétaires. Il en ressort qu'il y a un problème évident de communication.

D'après les auteurs de la carte sanitaire, dans le système libéral, le prestige et la rémunération des médecins sont fonction du volume de leurs clients et par conséquent du nombre d'actes qu'ils fournissent ou ordonnent. Il en est de même au niveau des hôpitaux. Dès lors, pour améliorer leur réputation, ceux-ci, en concurrence entre eux, n'hésitent pas à recruter un grand nombre de prestataires de spécialités différentes même si cela peut être contre-indiqué par rapport à des nécessités objectives ou aux besoins découlant de la planification hospitalière.

En outre, un nombre élevé de médecins dans un hôpital n'est pas toujours garant d'une qualité élevée. Un nombre élevé d'interventions chirurgicales, souvent un indicateur de qualité et de sécurité d'un hôpital, doit être mis en rapport avec le nombre de médecins exerçant dans l'établissement.

D'après les informations fournies par la 4^e édition de la carte sanitaire (1998-2005), la plus récente disponible, de 1998 à 2004, la population résidente a augmenté de 6 %, mais elle n'a guère vieilli dans son ensemble; la proportion des transferts à l'étranger reste insignifiante par rapport à la consommation de soins de santé au pays, surtout en ce qui concerne les séjours stationnaires, mais a augmenté.

Le nombre de médecins a augmenté de 20 %; cette augmentation est encore plus sensible pour les médecins spécialistes (+22 %), pratiquement tous agréés à un hôpital. Dans la période mentionnée se situe p.ex. l'ouverture de l'Hôpital du Kirchberg. Pendant cette même période, le personnel hospitalier a augmenté de 11,4%.

Au niveau des hôpitaux aigus, on constate une augmentation de l'activité qui provient essentiellement du secteur médico-technique. En effet:

- les accouchements ont évolué au même rythme que la population générale (+7%),
- les interventions chirurgicales ont augmenté de 10%,
- les prestations de laboratoire de 15%,
- les actes de dialyse de 17%,
- les actes d'imagerie médicale de 19%,
- les actes de chimiothérapie de 40%,
- la fréquentation des polycliniques (et services d'urgence) connaît l'augmentation la plus forte avec +41 % des passages.

Les raisons de l'augmentation disproportionnée de cette activité par rapport à l'augmentation de la population sont certainement à rechercher dans l'accroissement du nombre de médecins et surtout de médecins spécialistes agréés aux hôpitaux, mais aussi dans l'introduction de nouveaux services (tels que la radiothérapie et l'INCCI) et la mise à disposition de nouveaux équipements (scanners, résonance magnétique).

Les auteurs de la carte sanitaire rappellent que le recrutement et l'agrément des médecins aux hôpitaux relèvent de la seule faculté des organismes gestionnaires, que le conventionnement obligatoire ne limite pas l'exercice des activités à leur spécialité et que, mise à part la déontologie, il n'y a ni règles, ni contraintes, ni contrôle de l'activité médicale dont l'opportunité et la démarche sont laissées à la discrétion de chaque praticien. Curieusement la question de l'utile et du nécessaire, par ailleurs postulat de base pour justifier l'intervention de l'assurance maladie, ne semble pas posée à ce niveau stratégique. D'autre part, les médecins ne sont que trop rarement rétro-informés sur les résultats, les coûts et les performances objectives de leurs pratiques.

PRN : Le calcul des effectifs ne correspond pas aux besoins réels (art. 10 de la loi hospitalière du 28.8.1998)

Le « modèle PRN » évalue le volume de travail à 100 % alors qu'une dotation en personnel de seulement 82 % est accordée. Cela signifie que pour une prestation et une qualité requises à 100%, seulement 82 % de personnel est mis à disposition.

Ce calcul correspond à une moyenne annuelle. Or, le travail dans les services des hôpitaux n'est pas étalé de manière uniforme sur l'ensemble de l'année. Il apparaît donc rapidement que la moindre augmentation de l'activité normale par rapport à la moyenne calculée vient encore accentuer le problème du manque ponctuel de personnel et que les patients sont privés d'une partie toujours plus importante des soins et des services auxquels ils ont droit.

Ce problème est encore aggravé par le défaut d'une planification suffisante de l'activité hospitalière en raison du manque d'implication dans l'organisation des médecins agréés.

La CSL demande par conséquent une meilleure planification de l'activité des services hospitaliers entraînant aussi une mise à disposition suffisante de personnel. Ceci éliminerait aussi le danger d'une dotation insuffisante du personnel dans l'ambulatoire.

Pour ce qui est des médecins agréés des hôpitaux, les contrats d'agrément devraient prévoir une participation financière beaucoup plus élevée, étant donné qu'ils utilisent les infrastructures financées par la CNS.

Afin de prendre un tournant et établir une véritable planification prenant également en compte les médecins, la CSL propose d'engager des réflexions plus fondamentales sur des alternatives au système d'agrément, dont celle de la médecine salariée, et sur une meilleure intégration du corps médical au processus décisionnel des structures et de l'organisation hospitalières.

Elle note que le point 8) de l'alinéa 2 de l'article 64 CSS nouveau prévoit la définition de domaines d'application de la rémunération salariée des médecins et médecins-dentistes, mais il s'agit d'une innovation très timide.

La CSL est en effet d'avis qu'un développement de la médecine salariée conduira à une meilleure responsabilisation des médecins. Les médecins agréés ont une grande influence sur l'activité de l'hôpital sans pourtant vouloir s'engager de manière plus forte par la voie d'un contrat de travail.

A l'heure actuelle, la rémunération sur base d'actes tarifés est 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.

Notre Chambre constate que la rémunération par actes tarifés restera donc 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. La prise en charge directe du salaire conduirait à une augmentation des emplois salariés dans les hôpitaux en faveur des médecins qui préfèrent un emploi salarié à la carrière du médecin libéral.

La CSL demande en outre :

- une analyse approfondie du mode de fonctionnement actuel dans tous les domaines du secteur hospitalier et l'introduction des ajustements nécessaires ;
- une politique de l'hôpital transparente et homogène qui supprime les pratiques concurrentielles actuelles au profit de réflexions de complémentarité ;

- une extension des contrôles de la Direction de la Santé dans le secteur sanitaire et hospitalier. Veiller à l'observation des dispositions légales et réglementaires en matière de santé publique et assurer le contrôle de la situation sanitaire du pays sont en effet des missions attribuées à cette administration. Or le projet de loi n'en parle pas ;
- une analyse nationale des besoins médicaux ;
- l'introduction de normes minimales en dotation de personnel, afin de garantir des services de qualité permanents ainsi qu'une sécurité maximale des patients et du personnel ;
- des propositions réalistes pour une amélioration de la qualité qui ne reposent pas sur le «Benchmarking» et sur la seule idée de concurrence.

1.2.2. La qualité des prestations

(article 2, point 12° modifiant l'art. 23 de la loi hospitalière du 28.8.1998)

Le plan hospitalier prévoit la création d'un comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières et introduit l'obligation pour les hôpitaux de mettre en place des comités d'évaluation au niveau de chaque établissement.

Notre Chambre, qui rappelle que la qualité élevée est un principe fondamental d'un système de soins, demande un véritable contrôle de qualité automatique et permanent, qui serait basé sur des standards internationaux comparables. A cet effet, il est indispensable que la Classification internationale des maladies ICD¹⁵-10 de l'OMS, classification pour l'enregistrement des causes de morbidité et de mortalité touchant les êtres humains à travers le monde, soit obligatoire au Luxembourg, puisqu'elle permet le codage des maladies, des traumatismes et de l'ensemble des motifs de recours aux services de santé. Ainsi, il devient beaucoup plus facile de répertorier la fréquence anormale de maladies et de décès dans une population ou un établissement.

L'évaluation de la qualité d'après le modèle d'autoévaluation EFQM n'est pas véritablement adaptée aux établissements hospitaliers, étant donné que ce modèle provient d'une fondation créée par des entreprises industrielles. Si ce modèle d'évaluation peut améliorer le déroulement des processus administratifs, il est inadapté à mesurer la qualité des prestations médicales.

Notre Chambre insiste sur le fait que la coordination de l'assurance qualité ne se limite pas seulement à l'administratif, mais qu'elle s'applique à toutes les prestations hospitalières, et au-delà, englobe les intérêts des patients, des visiteurs et du personnel de l'hôpital.

Devront ainsi être pris en considération toute l'activité médicale et les soins à l'intérieur de l'hôpital, les risques biologiques, chimiques, ou physiques inhérents à ce milieu, les mesures d'hygiène, la prévention contre des infections associées aux soins, les mesures de protection contre les maladies ou accidents professionnels, la sécurité, etc.

Les résultats de ces évaluations doivent être publiés, diffusés largement et être inclus dans les objectifs qu'un prestataire doit atteindre.

Si les contrôles de qualité révèlent des fautes professionnelles commises par le corps médical, celles-ci doivent être suivies d'une sanction financière de la part du CMSS. Il n'est guère défendable que la réparation des séquelles d'une prestation médicale échouée soit aussi payée par la CNS au prestataire. Il va sans dire que la prise en charge à l'égard du patient doit être maintenue.

¹⁵ International Classification of Diseases

2. L'introduction de filières de soins intégrées et de centres de compétences dans le milieu hospitalier *(article 2, point 14° introduisant l'art. 26bis dans la loi hospitalière du 28.8.1998)*

Jusqu'à présent, le patient avait la liberté de choisir son prestataire de soins de santé.

Avec la présente réforme, l'article 19 actuel du CSS disposant que *"les assurés sont libres de s'adresser aux prestataires de soins de leurs choix"* prend la teneur suivante:

"Les assurés sont libres de s'adresser aux prestataires de soins de leurs 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".

Le nouvel article 26bis de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers introduit par le présent projet de loi 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 ».

D'après le commentaire de l'article 1, 6° modifiant l'article 19, alinéa 1, 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.

Comme déjà soulevé à plusieurs reprises dans le cadre de ses avis, la CSL insiste sur le fait que

- 1. le plan hospitalier devra être intégré dans la loi de 1998 même et**
- 2. le présent projet de loi n'aurait dû être soumis à l'avis de notre Chambre qu'à partir du moment où le plan hospitalier est déjà établi.**

Si la CSL ne peut qu'encourager les mesures du Gouvernement consistant à améliorer la

qualité des soins tout en utilisant mieux les ressources financières en vertu du principe « soigner mieux en dépensant mieux », elle ne saura toutefois donner son accord à une politique consistant à sacrifier la liberté pour le patient de choisir son prestataire en faveur d'une instauration de centres de compétences et de filières de soins intégrées dont il est difficile de connaître leur application pratique.

Ce qui importe pour le patient, c'est de centraliser ses données médicales auxquelles chaque prestataire de soins doit, avec l'accord du patient, avoir accès.

Si la CSL soutient l'idée du législateur selon laquelle les soins doivent s'inscrire dans une séquence coordonnée de prestations délivrées par les différents prestataires ou services, cette coordination entre prestataires en vue d'optimiser la qualité des soins et de mieux rentabiliser le financement de ceux-ci ne peut avoir comme conséquence que le patient soit dépourvu de choisir son prestataire et que la liberté pour les prestataires de soins d'exercer leur profession soit entravée.

Si la CSL est bien d'accord que le Contrôle médical de la sécurité sociale ou la CNS, en tant que preneur en charge des frais médicaux et hospitaliers, peuvent contrôler la séquence, la qualité et le nombre des actes médicaux dispensés en milieu hospitalier, il faudra toutefois que le texte soit plus explicite à ce sujet.

En aucun cas, la CSL ne peut accepter la teneur du nouvel article 26bis qui sera introduit dans la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers alors qu'il n'explique aucunement la relation de cause à effet entre une entrave de la liberté de choisir le prestataire de soins et une restriction de la liberté d'exercice des professions médicales, d'une part, et l'introduction des filières de soins intégrées et de centres de compétences, d'autre part.

D'abord le texte ne souffle mot sur la structure d'une telle filière de soins intégrée. Y a-t-il une hiérarchie entre les différents prestataires de soins tant au niveau horizontal que vertical ? Une telle filière de soins intégrée ne peut-elle se constituer qu'au sein d'un seul établissement hospitalier ou bien entre plusieurs établissements hospitaliers sachant que le patient est souvent en traitement auprès de plusieurs médecins qui n'exercent pas forcément dans le même établissement hospitalier ?

Le texte prévoit qu'une telle intégration verticale et horizontale des prestataires doit faire l'objet d'accords, de contrats d'objectifs et de moyens conclus avec le ministre de la Santé et la CNS. La CSL se demande tout d'abord ce qu'il advient aux établissements hospitaliers ou aux filières de soins qui ne marquent pas leur accord à un tel contrat d'objectifs et de moyens. Seront-ils pénalisés ? La conséquence ne pourra-t-elle pas aboutir à une inégalité de traitements entre filières de soins et établissements hospitaliers au détriment de la liberté du choix du prestataire pour le patient et de la liberté d'exercice des professions médicales ? Qu'advient-il du patient qui, en vertu du libre choix du médecin, ne respecte pas l'orientation prévue par la filière de soins intégrée ? Plus encore, le non respect par le prestataire de soins lié par une filière de soins intégrée ou un centre de compétences peut-il avoir une conséquence sur la prise en charge de l'acte dispensé par celui-ci pour le patient ?

Le texte ne souffle mot non plus sur le contenu d'un tel contrat d'objectifs et de moyens .

Abstraction faite du contenu d'un tel contrat, est-ce que la conclusion d'un tel contrat ne risque pas d'alourdir la charge administrative des hôpitaux et des médecins au détriment de la qualité des soins ?

Quelle est la finalité d'associer à un tel contrat et le ministre de la Santé et la CNS sachant que le président de celle-ci est en tout état de cause un fonctionnaire qui représente les intérêts du ministre ?

En aucun cas, la CSL ne saura accepter la mouture actuelle du texte qui ne permet pas de connaître les tenants et aboutissants d'une telle filière de soins intégrée et d'un tel centre de

compétences. A plus forte raison, elle ne saura accepter que 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 » soient déterminés par règlement grand-ducal, procédure qui échappe à tout contrôle du Parlement et qui permet au ministre d'agir comme bon lui semble.

Si la filière de soins est assimilée à ce qu'on appelle le chemin clinique (ou *clinical pathway*), pourquoi le projet de loi ne fournit-il pas une définition plus claire à l'instar de celle de la Haute Autorité de Santé en France ?:

« Centré autour du patient, le chemin clinique a pour but de décrire, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge en suivant le parcours du patient. Cette méthode vise à planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge pluridisciplinaire de patients présentant un problème de santé comparable. Elle repose sur la description d'une prise en charge optimale et efficiente à partir des recommandations professionnelles. Le chemin clinique peut être utilisé dans un établissement de santé, dans un réseau de soins ou dans le cadre de l'exercice libéral lorsque les professionnels se coordonnent entre eux. »

La Chambre des salariés déplore que le concept de filière de soins prévue par le projet de loi soit totalement flou et que des dispositions claires et précises relatives à l'organisation des filières et des centres de compétences fassent défaut.

Elle note que rien n'empêche les établissements hospitaliers de collaborer sous l'égide de la législation actuelle. Pourquoi faut-il alors des dispositions supplémentaires relevant plutôt de la phraséologie que d'un souci d'organisation efficace ?

3. Les médecins coordinateurs

(article 2, point 15° complétant l'art. 29 de la loi hospitalière du 28.8.1998)

Le projet de loi a pour objet d'introduire à l'article 29 de la loi hospitalière les médecins-coordinateurs.

D'après le projet de loi, ceux-ci ne seront pas des interlocuteurs informels, mais devront assurer dans une certaine mesure un lien de coordination et de guidance formalisé. Les médecins coordinateurs devraient être désignés par l'organisme gestionnaire et être placés sous l'autorité du directeur médical de l'établissement hospitalier.

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 service hospitalier 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, des fonctions de coordination et de planification de l'activité médicale du ou des service(s) et de veiller :

- 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.

D'après le commentaire de l'article, le médecin-coordonateur ne peut directement intervenir dans le traitement d'un patient déterminé, mais le texte de l'article prévoit qu'il dispose d'un droit de regard sur l'activité de tous les intervenants du service qu'il est censé coordonner.

La Chambre des salariés, qui note qu'un règlement grand-ducal précisera le statut, les missions et les attributions des médecins-coordinateurs, ainsi que les modalités de leur désignation,

crainent que des conflits majeurs ne puissent naître de l'instauration non suffisamment préparée de cette nouvelle fonction.

Quelle sera en effet la mission précise du médecin-coordonateur ? Représentera-t-il une véritable valeur ajoutée ou le résultat de sa création ne sera-t-il qu'une augmentation du travail administratif, augmentant la pression du travail sur tous les autres acteurs de l'hôpital ? Quel est le rapport de ce médecin-coordonateur avec le patient ? A-t-il également accès au DSP ?

En outre, comment se situe le médecin-coordonateur par rapport aux autres médecins de l'hôpital ? Quel est son statut ? S'agit-il également d'un médecin agréé, puisque la plupart des hôpitaux ne disposent pas de médecins salariés ?

D'autre part, quelle est la position hiérarchique du médecin-coordonateur par rapport aux salariés de l'hôpital ? Fait-il partie de la direction et a-t-il un pouvoir de décision effectif ? Notre Chambre rappelle que les rapports entre personnel et direction de l'hôpital sont régis par la Convention collective de travail des salariés occupés dans les établissements hospitaliers luxembourgeois. Le personnel n'acceptera guère qu'un nouvel intervenant imposé de l'extérieur viendrait s'immiscer dans les rapports existants avec la direction.

D'un autre côté, si le médecin-coordonateur fait également partie du personnel, l'équipe des collaboratrices et collaborateurs entourant directement les patients perdra une personne, à moins que le poste nouvellement créé ne soit compensé par un équivalent temps plein supplémentaire à financer par la CNS. Or le projet de loi ne prévoit pas de telles charges supplémentaires, bien au contraire.

Si la Chambre des salariés est parfaitement d'accord avec l'intention de mieux coordonner l'activité de l'hôpital dans le but d'éviter des doubles emplois et de mettre en œuvre des traitements efficaces, elle demande toutefois que cette coordination se fasse de concert avec les autres parties prenantes de l'hôpital. Instauration de manière discrétionnaire de nouvelles fonctions sans concertation préalable ne conduira qu'à un raidissement des rapports et une dégradation de l'ambiance de travail.

Notre Chambre demande que le médecin-coordonateur soit dans tous les cas un médecin salarié de l'hôpital faisant partie du personnel de l'hôpital, puisque le coordinateur doit être une personne impliquée totalement à l'activité de l'hôpital.

Le médecin-coordonateur doit faire partie de la direction médicale de l'hôpital et avoir un pouvoir d'organisation effectif, sinon cette fonction n'a pas de raison d'être et génère uniquement des charges financières et administratives considérables.

Etant donné qu'il existe des directeurs médicaux dans les hôpitaux, qui devraient en toute logique assurer les missions d'un médecin-coordonateur, l'on pourrait imaginer la mise en place de plusieurs directeurs médicaux adjoints (un par service) qui coordonneraient l'activité du service avec le chef de service qui est un professionnel de santé.

4. Les laboratoires hospitaliers

[art. 26 de la loi hospitalière du 28.8.1998 et article 1^{er}, point 46° du projet de loi modifiant l'art. 74 CSS]

Le texte du projet de loi ne fournit pas de précisions en ce qui concerne les laboratoires, à l'exception de la débudgétisation de leurs prestations extrahospitalières. La CSL tient toutefois à présenter quelques observations à ce sujet :

Notre Chambre se prononce contre toute extériorisation des actes accomplis dans les laboratoires hospitaliers. Ces derniers doivent continuer à faire partie de la structure

hospitalière et leur travail doit obéir aux exigences d'une politique de la santé et non pas être transformé en prestations marchandes.

Notre Chambre ne peut pas accepter une situation où les analyses prévisibles et planifiées seraient confiées à des laboratoires extérieurs alors que le traitement des urgences serait de la responsabilité de l'hôpital.

Si chaque hôpital ne doit pas nécessairement faire toutes les analyses, il doit toutefois être garanti que les analyses couramment effectuées dans un hôpital soient accomplies partout. Un laboratoire hospitalier doit en effet fonctionner en permanence et partant être équipé du personnel qualifié en nombre suffisant.

La CSL demande que le rôle et la place du Laboratoire national de santé dans le paysage des laboratoires soient clairement définis avant toute discussion sur une répartition des analyses et des synergies. Elle revendique l'élaboration d'un concept précis basé sur une éventuelle répartition des travaux entre laboratoires hospitaliers. Une telle programmation doit aussi comprendre des renseignements sur les dotations en personnel et doit être élaborée avant toute tentative de réduction du personnel.

Elle ne peut accepter le transfert de la charge d'analyses à des laboratoires spécialisés à l'étranger que si la masse critique fait défaut au Luxembourg et s'il existe des conventions avec les laboratoires étrangers.

Notre Chambre se prononce en outre en faveur d'une information rapide des patients en ce qui concerne les résultats des analyses.

Elle ne peut en aucun cas accepter un financement par forfait des prestations des laboratoires hospitaliers, étant donné qu'un tel mode de financement aurait pour risque une réduction de la qualité des prestations.

5. Les maisons médicales et les policliniques

Même si le projet de loi ne parle pas des maisons médicales, il est à noter que le but poursuivi par la création de ces structures en 2009, à savoir un délestage des urgences, n'a pas vraiment été atteint, étant donné qu'il existe entretemps un double emploi, voire un triple emploi. Les patients sont envoyés par le médecin de la maison médicale aux services d'urgence des hôpitaux pour certains actes médicaux (radiologies) et retournent vers la maison médicale.

Loin d'améliorer la situation des patients et le fonctionnement de la prise en charge urgente, l'instauration de ces maisons a conduit à une augmentation du travail administratif et des coûts, avec comme corollaire une perte de temps supplémentaire pour les patients et ceux qui les soignent.

Notre Chambre est partant d'avis qu'une évaluation du travail des maisons médicales s'impose. Celles-ci ne sont en effet pas implantées de manière généralisée dans le pays et ne remplissent pas le rôle du médecin généraliste qui fait des visites à domicile et qui reste la solution idéale.

En outre s'agit-il de définir les missions des policliniques tout en évitant que celles-ci ne deviennent de simples services d'urgence.

Conclusions

La Chambre des salariés a été saisie pour avis d'un projet de loi en gestation. En effet, parallèlement aux travaux de consultation des organes prévus dans la procédure législative, ont lieu des négociations entre Gouvernement et prestataires de soins, qui risquent d'avoir des implications sur le projet final soumis au vote du Parlement. Ainsi, chaque jour nous fournit sa dose de commentaires et de revirements en matière de réforme de soins de santé, ce qui rend la tâche des instances consultatives assez désagréable.

En date du 10 novembre 2010, le comité directeur de la CNS, a adopté le budget de l'exercice 2011 en décidant, contre les voix des représentants des assurés, des mesures d'économies statutaires à hauteur de 20 millions d'euros, tout en précisant que cette décision était liée au maintien dans le projet de loi d'une économie correspondante à réaliser à charge des prestataires de soins. La CNS a en outre arrêté un relèvement du taux de cotisation de 0,2% à charge partagée entre les assurés, les employeurs et l'Etat.

Ces décisions trouvent leur reflet dans des amendements gouvernementaux soumis à notre Chambre en date du 15 novembre 2010.

A cela, il convient d'ajouter que le projet de loi renvoie en permanence à des règlements grand-ducaux alors que certaines dispositions y prévues devraient faire l'objet du projet de loi lui-même. Notre Chambre ne peut pas s'exprimer sur le contenu et la compatibilité des règlements grand-ducaux qui n'ont pas été joints au présent projet de loi avec lequel ils devraient, en somme, former un tout cohérent.

La Chambre des salariés estime par conséquent qu'un projet de loi mieux préparé aurait pu lui être soumis, lequel aurait aussi pu prendre en compte les revendications des organisations syndicales les plus représentatives consultées préalablement.

Contrairement aux annonces ambitieuses du programme gouvernemental de 2009 en matière de santé, l'objectif principal du projet de loi sous avis est non pas de mettre la santé de l'individu au premier plan, mais la limitation de la progression des coûts en matière de santé. Loin d'associer tous les acteurs à une démarche holistique en matière de santé, qui accorderait notamment une importance accrue à la prévention et à la détection précoce des maladies, le projet de loi cimente le pouvoir discrétionnaire du Gouvernement, qui pourra décider unilatéralement de la politique à mener en matière de santé tout en imputant les coûts y relatifs aux partenaires sociaux.

La CSL réclame l'élaboration rapide d'un projet de loi en matière de droits des patients ayant également pour but l'élaboration d'une véritable charte des droits des patients basée sur des principes énoncés dans le présent avis.

Pour ce qui est de l'introduction du médecin référent, la CSL est d'avis que les dispositions du projet de loi induisent en erreur dans la mesure où les patients, dans leur majorité, disposent, d'ores et déjà, d'un tel médecin qui, en règle générale, est leur médecin traitant. Voilà pourquoi elle approuve les amendements du Gouvernement limitant la mission du médecin référent à guider et à conseiller le patient. Le recours à un médecin référent ou le refus d'y recourir par le patient ne peut avoir des conséquences désavantageuses pour ce dernier au niveau de la prise en charge des actes médicaux et, ergo, du libre choix du médecin.

Si l'idée de regrouper toutes les données médicales et autres informations concernant le patient dans un dossier de soins partagé (DSP) est tout à fait louable, le texte manque de précision en ce qui concerne la création, la gestion, la sécurité et la suppression d'un tel dossier, les conditions d'accès à ce dossier ainsi que les personnes y ayant accès. En ce qui concerne la demande éventuelle d'un employeur, la CSL exige d'introduire dans le code du travail une disposition interdisant à tout employeur de demander des renseignements sur le DSP du salarié ou même du candidat à un poste, sous peine de sanctions pénales.

Pour ce qui est de la prise en charge des frais de santé, notre Chambre demande une application généralisée du tiers payant, étant donné qu'une telle mesure sera plus simple et qu'un certain nombre de prestations sont déjà, à l'heure actuelle, prises en charge directement. A titre subsidiaire, la CSL propose que la CNS applique le tiers payant à 100% pour tout bénéficiaire du revenu minimum garanti et du revenu pour personnes gravement handicapées, ce qui a l'avantage de préserver l'anonymat du patient, qui n'aurait pas à faire une démarche auprès de l'office social. En outre, pour les médicaments remboursables à moins de 100%, la CSL propose d'introduire une disposition prévoyant que la CNS rembourse la participation financière aux bénéficiaires du revenu minimum garanti et du revenu pour personnes gravement handicapées sur base de la facture envoyée par le pharmacien.

En matière d'organisation et de financement de l'assurance maladie, la CSL ne peut accepter l'orientation du projet de loi visant à accorder de plus en plus de pouvoir de décision au Gouvernement tout en imputant le coût financier principalement à la CNS. L'Etat renoncera effectivement au remboursement intégral des indemnités en relation avec la maternité et réduira sa participation à moins de 40% du total des recettes. La CSL plaide au contraire pour le maintien du pouvoir de gestion et de décision des partenaires sociaux et le respect du conventionnement général qui peut être considéré comme un puissant bouclier contre l'introduction d'une médecine à deux vitesses.

Toutefois, la défense du conventionnement obligatoire généralisé par notre Chambre ne peut en aucun cas être interprétée comme une mise en question de l'obligation des prestataires de soins de fournir leur contribution à l'assainissement financier du système de santé. En effet, notre Chambre rappelle que l'augmentation de la participation des assurés décidée par le comité directeur de la CNS est liée au maintien dans le projet de loi d'une économie correspondante à réaliser à charge des prestataires de soins.

A l'augmentation du taux de cotisation et au relèvement des participations statutaires des assurés, la Chambre des salariés préfère une suppression du plafond cotisable, mesure qui rapporterait, à elle seule, 180 millions d'euros.

Pour ce qui est du secteur hospitalier, la CSL partage les préoccupations du Gouvernement quand il veut introduire une meilleure pilotabilité dans le système. En effet, actuellement, dans un esprit de concurrence, les hôpitaux acceptent en permanence une surcharge de travail, reléguant au second plan le programme réglementé des activités, en dépit de tous les risques que cela implique pour les patients et le personnel. Le développement des médecins salariés permettrait une meilleure coordination entre activités régulières et médecine d'urgence, une planification raisonnée des capacités en lits, l'observation des règles élémentaires de fonctionnement et des formes d'organisation temporaires.

Toutefois, notre Chambre regrette que, une fois de plus, la maîtrise des coûts soit au centre des préoccupations. Ainsi, l'enveloppe budgétaire globale initiale, qui devrait réduire la progression des coûts à 3%, sera dans tous les cas insuffisante.

En ce qui concerne le médecin-coordonateur, la CSL demande que celui-ci soit dans tous les cas un médecin salarié de l'hôpital faisant partie du personnel de l'hôpital, puisque le coordinateur doit être une personne impliquée totalement à l'activité de l'hôpital. Le médecin-coordonateur doit faire partie de la direction médicale de l'hôpital et avoir un pouvoir d'organisation effectif, sinon cette fonction n'a pas de raison d'être et génère uniquement des charges financières et administratives considérables.

La Chambre des salariés déplore que le concept de filière de soins intégrée prévu par le projet de loi soit totalement flou et que des dispositions claires et précises relatives à l'organisation des filières et des centres de compétences fassent défaut. Elle note que rien n'empêche les établissements hospitaliers de collaborer sous l'égide de la législation actuelle.

Enfin, la CSL, qui rappelle que la qualité élevée est un principe fondamental d'un système de soins, demande un véritable contrôle de qualité automatique et permanent, qui serait basé sur des standards internationaux comparables.

* * *

La Chambre des salariés peut uniquement donner son accord au projet de loi et aux amendements y relatifs si le Gouvernement tient compte des observations formulées dans le présent avis. Par ailleurs, un certain nombre de questions soulevées exigent une clarification avant le vote final du projet de loi amendé.

Luxembourg, le 25 novembre 2010

Pour la Chambre des salariés,

La direction



René PIZZAFERRI



Norbert TREMUTH

Le président



Jean-Claude REDING

L'avis a été adopté à la majorité des voix.

Résultat: 38 votes positifs
2 abstentions

ANNEXE**Liste des règlements grand-ducaux prévus dans les dispositions du projet de loi, tel qu'il est amendé par le Gouvernement**

1. Précision des modalités d'attribution de la prise en charge des soins palliatifs.
(Art. 1^{er}, point 5^o modifiant l'article 17 CSS)
2. Précision des critères et détermination de la procédure relatifs à l'inscription ou non d'un médicament sur la liste positive ou à son exclusion de ladite liste ainsi qu'à l'inscription des dispositifs médicaux dans les listes statutaires de l'assurance maladie-maternité.
(Art. 1^{er}, point 10^o modifiant l'article 22 CSS)
3. Précision des modalités de calcul de la base de remboursement des médicaments à même principe actif principal.
(Art. 1^{er}, point 11^o insérant l'art. 22bis dans le CSS)
4. Détermination des critères, des conditions et de la procédure se rapportant à la fixation des prix des médicaments par le ministre de la Sécurité sociale.
(Art. 1^{er}, point 12^o insérant l'art. 22ter dans le CSS)
5. Fixation des dispositions organisant la documentation dans le dossier de soins des diagnostics, des prescriptions et des prestations effectuées.
(Art. 1^{er}, point 30^o insérant l'art. 60bis dans le CSS, tel que modifié par l'amendement 7^o)
6. Précision des modalités et conditions de la mise en place du dossier de soins partagé ainsi que des modalités d'établissement et de la forme des informations et des documents à verser au dossier de soins partagé.
(Art. 1^{er}, point 32^o insérant l'art. 60quater dans le CSS)
7. Détermination du fonctionnement de la Commission de nomenclature, de la procédure à suivre, des éléments constituant la demande standardisée d'inscription ainsi que de l'indemnisation des membres et experts commis.
(Art. 1^{er}, point 35^o modifiant l'art. 65 CSS)
8. Détermination de la composition et du fonctionnement du conseil scientifique ainsi que de l'indemnisation de ses membres et experts.
(Art. 1^{er}, point 36^o insérant l'art. 65bis dans le CSS)
9. Détermination de la procédure à suivre, des indemnités et des autres modalités d'application de la procédure de médiation en cas de désaccord sur l'adaptation de la lettre-clé.
(Art. 1^{er}, point 39^o modifiant l'art. 69 CSS)
10. Détermination du fonctionnement de la Commission de surveillance, de la procédure à suivre ainsi que de l'indemnisation des membres et des experts commis.
(Art. 1^{er}, point 42^o modifiant l'art. 72 CSS)

11. Faculté de préciser les règles d'établissement de l'enveloppe budgétaire globale et des budgets spécifiques des hôpitaux, ainsi que des éléments à inclure de façon forfaitaire.
(Art. 1^{er}, point 46° modifiant l'art. 74 CSS)
12. Détermination des modalités détaillées de la procédure de demande d'une aide financière de l'Etat pour les investissements hospitaliers, 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.
(Art. 2, point 9° modifiant l'article 13, alinéa 2 de la loi hospitalière du 28.8.1998)
13. Précision des missions et de la composition minimale des structures dans les hôpitaux en relation avec la gestion des risques, l'évaluation et la promotion de la qualité, des modalités relatives à leur coordination, ainsi que de l'indemnité des membres du Comité national de coordination.
(Art. 2, point 12° modifiant l'article 23 de la loi hospitalière du 28.8.1998)
14. Précision des modalités et détails de la procédure à suivre en matière de filière de soins intégrées et de centres de compétence, y inclus les cas et conditions de renouvellement et de résiliation des conventions d'objectifs et de moyens.
(Art. 2, point 14° insérant l'article 26bis dans la loi hospitalière du 28.8.1998)
15. Précision du statut, des missions et des attributions des médecins-coordonateurs, ainsi que des modalités de leur désignation.
(Art. 2, point 15° complétant l'article 29 de la loi hospitalière du 28.8.1998)
16. Détermination des conditions auxquelles la pharmacie hospitalière ou la structure à part doit répondre.
(Art. 2, point 17° modifiant l'article 33 de la loi hospitalière du 28.8.1998)
17. Réductions nécessaires à opérer sur les coefficients des actes et services prévus dans la nomenclature des médecins.
(Art. 5, alinéa 1)
18. Adaptations tarifaires aux coefficients des actes de la nomenclature des laboratoires, Au cas où les mesures susceptibles d'engendrer les économies ne peuvent entrer en vigueur pour le 1er avril 2011.
(Art. 5, alinéa 2 dans la teneur de l'amendement 26°)