Luxembourg, le 3 décembre 2010

CHAMBRE DE COMMERCE **CHAMBRE DES METIERS**

Objet: 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. (3722GRL/ZCH)

tel que modifié par amendements adoptés en Conseil de gouvernement en date du 12 novembre 2010 ;

tel que modifié par amendements adoptés par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale en date du 25 novembre 2010.

Saisine : Ministre de la Sécurité Sociale (6 octobre 2010)

AVIS COMMUN DE LA CHAMBRE DE COMMERCE ET DE LA CHAMBRE DES METIERS

L'objet du projet de loi, des amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 et des amendements parlementaires du 25 novembre 2010 est de réformer le système de soins de santé en apportant des modifications au Code de la sécurité sociale (CSS) et à la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers. Annoncée lors de la réunion quadripartite d'automne 2009, la réforme vise selon ses auteurs :

1. « une meilleure coordination et une meilleure pilotabilité du système de soins de santé, précisant le cadre normatif en matière de documentation et de standards, misant sur des gains d'efficience et d'efficacité, stimulant la responsabilité des différents prestataires et améliorant les mécanismes de contrôle et de surveillance » et
2. un « redressement à court terme de la situation financière de l'assurance maladie-maternité ».

Au regard de l'importance du projet de loi et de ses répercussions sur l'ensemble de leurs ressortissants, les deux chambres professionnelles ont estimé utile et nécessaire de prendre position à travers un avis commun.

Table des matières

I. RESUME SYNTHETIQUE 3

II. CONSIDERATIONS GENERALES 6

A. Présentation du système de santé luxembourgeois actuel 6
1. Les dépenses de santé par habitant parmi les plus élevées au monde 6
2. Le système de santé luxembourgeois est parmi les plus généreux au monde 7
3. Les facteurs d'augmentation des dépenses de santé 7

B. Les observations préliminaires des deux chambres professionnelles 9
1. Un projet de loi qui manque d'ambition 9
2. La maîtrise des dépenses pour soins de santé est une condition impérative pour garantir la soutenabilité du système de soins de santé 11
3. Après l'introduction du statut unique : un certain nombre d'engagements à l'égard des entreprises restent en souffrance 13
4. Peu de transparence tant au niveau de l'impact financier de la réforme que du contenu des futurs règlements grand-ducaux d'exécution 14

C. La grande absente : la réforme du fonctionnement de la CNS sur base d'un concept global de gouvernance de l'assurance maladie 15
1. Réformer en profondeur le fonctionnement de la CNS 16
2. Réduire les frais administratifs de la CNS 17
3. Réformer le fonctionnement des institutions liées à l'assurance maladie en vue de gagner en efficience et gouvernance 17

D. Les mesures envisagées par le projet de loi 18
1. Premier axe important : « Réaliser une meilleure offre de soins » 18
2. Deuxième axe important : « La rationalisation de l'offre hospitalière » 24

III. COMMENTAIRE DES ARTICLES 30

A. Modifications apportées au Code de la Sécurité Sociale (article 1er) 30

B. Modifications apportées à la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers (article 2) 51

C. Dispositions financières (articles 3 à 7) 63

D. Dispositions abrogatoires (articles 8 et 9) 66

E. Dispositions transitoires (articles 10 à 12) 66

F. Mise en vigueur (article 13) 68

IV. OBSERVATION FINALE 69

I. Résumé synthétique

Le projet de réforme, affichant des ambitions de nature structurelle et financière, vise à préserver et pérenniser la qualité d'un système de santé basé sur le financement solidaire et l'accès universel aux soins. Selon les auteurs du projet de loi, il prévoit des mesures équilibrées qui mettent à contribution l'ensemble des acteurs du système.

La réforme s'articule autour de quatre thèmes principaux ayant pour vocation à parvenir à la stabilisation financière de l'assurance maladie :

- la réforme des services de soins de santé ;
- la modernisation de l'organisation et du fonctionnement du secteur hospitalier ;
- l'intégration des prestations de maternité dans le régime général de l'assurance maladie-maternité ;
- la réduction des dépenses et l'augmentation des recettes de la Caisse nationale de santé.

Le projet de réforme vise prioritairement une meilleure coordination et pilotabilité du système de soins de santé. Pour parvenir à concrétiser cet ambitieux objectif, le projet de loi envisage un ensemble de mesures dont (i) l'introduction d'un « médecin référent » dont la mission serait d'assurer le premier niveau aux soins et de coordonner les soins administrés à l'assuré, (ii) la mise en place dans un avenir proche d'un « dossier de soins partagé » électronique permettant une meilleure prise en charge par la centralisation d'informations importantes en relation avec les traitements dispensés et les analyses effectuées, (iii) l'instauration d'une base de remboursement visant à privilégier la prescription de médicaments de substitution et (iv) la création du tiers payant à vocation sociale, facilitant l'accès aux soins des personnes vivant dans uns situation de précarité avérée.

Suivant le projet de réforme, une logique de coordination nationale doit également être appliquée au domaine médical et notamment à la structure actuelle du secteur hospitalier. Ainsi les services hospitaliers devraient être organisés suivant des centres de compétences et des filières de soins intégrées. Ce changement, tendant à éviter que chaque établissement hospitalier s'organise de façon à pouvoir réaliser toutes les interventions, a toutefois été abandonné. Ce mouvement de spécialisation du secteur hospitalier permet également la mise en place d'une enveloppe budgétaire globale en lieu et place de l'enveloppe budgétaire propre à chaque établissement, ainsi que d'une comptabilité analytique permettant de connaître à l'avenir le coût réel des interventions effectuées au sein des hôpitaux. Le projet de loi entend également clarifier le statut des médecins au sein des hôpitaux.

Les prestations de maternité, lesquelles étaient jusqu'à présent couvertes par le budget de l'État, seront intégrées dans le régime général de l'assurance maladie-maternité, et donc à charge de la Caisse nationale de santé. Pour le Gouvernement, cette intégration se soldera, selon les auteurs du projet de loi, par une simplification administrative.

Le projet de réforme vise également à redresser à court terme la situation financière délicate de l'assurance maladie-maternité. Pour freiner la progression des dépenses et redresser la situation financière dès 2011, la réforme prévoit (i) des économies à hauteur de plusieurs dizaines de millions d'euros au niveau du fonctionnement du système de soins en agissant sur les tarifs et les budgets des prestataires de soins (25%) et en procédant à une révision des dispositions statutaires régissant les prestations de l'assurance maladie-maternité (25%) ainsi que (ii) une augmentation des cotisations à charge des assurés et des entreprises (50%).

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers sont conscientes de la situation financière délicate de l'assurance-maladie et qu'une réforme substantielle du système de soins de santé en général s'impose. Les deux chambres professionnelles estiment néanmoins que ni le projet de loi initial, ni ce qu'il en reste à ce jour, ne peuvent être qualifiés de réforme structurelle alors que le texte avisé se limite à effectuer des retouches ponctuelles et parcellaires à la législation en vigueur.

Les deux chambres professionnelles saluent les quelques initiatives affichées visant à améliorer la prise en charge médicale des assurés, notamment par l'introduction d'un « médecin référent », du dossier médical personnel et du tiers payant social ainsi que celles tendant à imposer une meilleure coordination au sein du secteur hospitalier et la mise en commun d'activités hospitalières. Ces initiatives favoriseront un meilleur accompagnement des patients dans un environnement de soins de santé de qualité et mieux coordonné, tout en devant permettre de réaliser des économies.

Pour autant que ces initiatives soient louables, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers ne peuvent souscrire au présent projet de loi qui ne s'attaque pas aux problèmes de fond du système de soins de santé, notamment l'absence de concept global de gouvernance des institutions de l'assurance maladie. La gouvernance, mais également la prévision budgétaire et la maîtrise des coûts sont pourtant des facteurs décisifs de réussite ou d'échec de toute entreprise. Le Gouvernement devrait par conséquent s'en inspirer au lieu de transférer sur les assurés et les entreprises le surcoût financier résultant d'une mauvaise gestion financière du système de soins de santé.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers se rallient à l'analyse faite par l'Union des Entreprises Luxembourgeoises (UEL) dans sa publication d'octobre 2010 « *Soigner mieux en dépensant moins – Feuille de route de l'Union des entreprises luxembourgeoise pour réformer efficacement le système de soins de santé* », laquelle relève les réelles faiblesses du système de soins luxembourgeois et propose des mesures substantielles pour parvenir à une stabilisation financière de l'assurance maladie.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers ne partagent pas la conviction du ministre au sujet de la réduction des dépenses dès 2011 grâce à la présente réforme. Malgré l'incapacité des auteurs du projet de loi de fournir la moindre simulation chiffrée de l'impact financier des mesures envisagées, la concrétisation de ces mesures nécessitera des investissements préalables (non estimés à ce jour) qui annihileront les potentielles réductions de dépenses espérées pour 2011 et 2012. Comme le budget pour 2011 de la CNS a été adopté, malgré l'opposition des représentants des entreprises, sur base de prévisions financières par ailleurs différentes de ce qu'envisage le projet de loi (notamment l'indexation des tarifs, des forfaits et de l'accroissement du budget hospitalier à laquelle les deux chambres professionnelles s'opposent avec véhémence), le critère d'urgence invoqué par le Gouvernement pour faire passer en force l'adoption d'une réforme pourtant contestée par toutes les parties concernées fait également défaut.

Au sujet de la méthode, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers se doivent également de dénoncer la façon de faire du Gouvernement, consistant à soumettre un projet de loi aux chambres professionnelles puis de négocier son contenu de façon bilatérale et confidentielle avec certaines parties concernées. Les chambres professionnelles se retrouvent alors à devoir analyser un projet de loi volumineux en continuelle adaptation, les empêchant d'exercer leur mission légale en temps utile.

Les deux chambres professionnelles relèvent que pas moins de 61 amendements ont été apportés ces dernières semaines aux 97 mesures contenues dans le projet de loi initial ! Ce sont autant de désaveux à l'égard d'un texte insuffisamment préparé. La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers constatent que cette opinion est partagée par la Commission parlementaire, laquelle a décidé de retirer du projet de loi le concept de filières de soins et de centres de compétence, pourtant l'une des mesures phares du projet de loi.

Le sentiment de la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers d'un projet insuffisamment préparé est encore exacerbé par l'absence de la vingtaine de règlements grand-ducaux d'exécution que le texte mentionne. Ces règlements grand-ducaux sont pourtant essentiels et nécessaires à la concrétisation des mesures envisagées par la réforme du système de soins de santé. Dans la mesure où ils ne pourront être discutés qu'au courant de l'année 2012, rien n'empêche de reporter l'adoption du projet de loi. Partant, les deux chambres professionnelles exhortent le Gouvernement à procéder au retrait du projet de loi et d'engager, de manière consensuelle avec toutes les parties concernées, des pourparlers pour aboutir à une réforme substantielle qui apporte les vraies réponses aux réelles questions qu'il aurait fallu se poser, avec l'objectif de pérenniser à long terme le financement du système de soins de santé luxembourgeois

* * *

Après consultation de leurs ressortissants, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers ne peuvent approuver le projet de loi dans sa forme actuelle et réclament une réforme plus élargie suivant ses remarques faites dans le cadre du présent avis.

Appréciation du projet de loi :

	Incidence
Compétitivité de l'économie luxembourgeoise	-
Impact financier sur les entreprises	- -
Transposition de directive	n.a.
Simplification administrative	-
Impact sur les finances publiques	+

Légende :

++	:	très favorable
+	:	favorable
0	:	neutre
-	:	défavorable
- -	:	très défavorable
n.a.	:	non applicable
n.d.	:	non disponible

II. Considérations Générales

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers sont attachées au modèle social luxembourgeois qui comprend notamment un niveau de protection sociale élevé et un accès aux soins de santé pour tous. La pérennité du mécanisme d'assurance maladie n'est envisageable qu'à la seule condition d'en garantir l'équilibre financier à long terme. Pour parvenir à un tel objectif essentiel pour la cohésion sociale du pays, les deux chambres professionnelles réfutent le recours à des artifices de court terme et revendiquent la mise en place des réformes structurelles indispensables à la soutenabilité du régime d'assurance santé.

A. PRESENTATION DU SYSTEME DE SANTE LUXEMBOURGEOIS ACTUEL

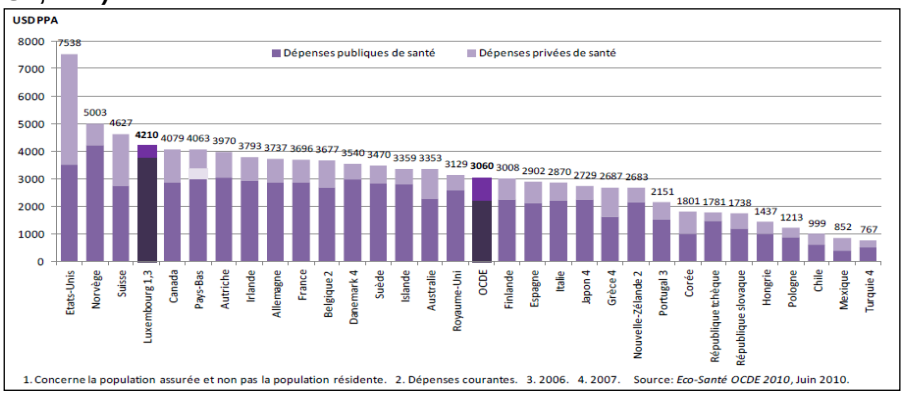
Les soins de santé constituent certes le pilier le plus important de l'assurance maladie. Toujours est-il que l'assurance maladie couvre également les prestations en espèces, c'est-à-dire le risque que constituent pour l'assuré les absences pour cause de maladie ou d'accident, coûts qui depuis l'introduction du statut salarié unique sont largement pris en charge par les entreprises.

Les dépenses pour soins de santé au Luxembourg sont parmi les plus élevées de l'ensemble des pays de l'OCDE. Par ailleurs, la part du financement public pour les dépenses de soins de santé est la plus élevée de l'OCDE. Il résulte du couplage de ces deux constats que le coût des dépenses de santé est presque intégralement assumé par le système de santé et de sécurité sociale.

1. Les dépenses de santé par habitant parmi les plus élevées au monde

Les dépenses de santé par habitant au Luxembourg sont parmi les plus élevées du monde. En effet, selon le dernier rapport de l'OCDE sur la santé publié en 2010, le Luxembourg se situe bien au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE en termes de dépenses totales de soins de santé par habitant, avec des dépenses de 4.210 USD (ajustées sur la base de la parité de pouvoir d'achat des monnaies) en 2006[1], par rapport à une moyenne de 3.060 USD pour l'ensemble des pays de l'OCDE en 2008.

Graphique 1 : Dépenses de santé par habitant, dépenses publiques et privées, dans les pays de l'OCDE en 2008 (en USD, PPA)[2]



[1] L'OCDE ne fournit pas de données pour les dépenses de soins de santé pour l'année 2008 et prend comme référence l'année 2006 pour le Luxembourg. Cette limite induit une sous-estimation de l'ampleur de la différence entre le Luxembourg et les autres pays de l'OCDE étant donné qu'entre 2006 et 2008, les dépenses pour soins de santé au Luxembourg ont augmenté de 209 millions d'euros passant de 1.347 en 2006 à 1.556 en 2008, soit une augmentation de 15,5% (source : CNS).

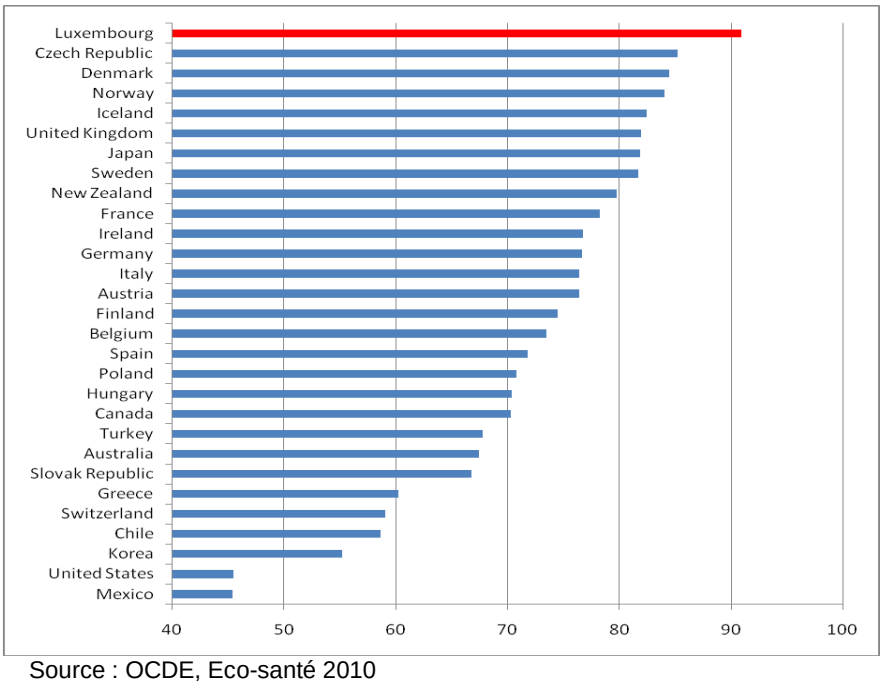
[2] Les données sont exprimées en dollars US ajustés pour les parités de pouvoir d'achat (PPA). Les PPA permettent la comparaison des dépenses entre les pays sur une base commune. Les PPA sont des taux de conversion monétaire qui égalisent le coût d'un "panier" donné de produits et services dans différents pays.

2. Le système de santé luxembourgeois est parmi les plus généreux au monde

Au Luxembourg, 90,9% des dépenses de santé ont été prises en charge par le système de santé public en 2006. C'est la part la plus élevée parmi tous les pays de l'OCDE, bien supérieure à la moyenne de 72,8%.

Il peut en être déduit que la participation des assurés aux soins de santé se situe parmi les plus faibles en comparaison internationale. Cet état de fait, auquel s'ajoute le très fort taux de financement des dépenses pour soins de santé par le budget de l'État central (qui représente 42% des recettes de l'assurance maladie maternité en 2010) donne aux assurés une impression de gratuité des soins de santé. L'extrême générosité du système de santé luxembourgeois semble indiquer qu'il existe une grande marge de manœuvre pour réaliser des gains d'efficacité et des économies afin de garantir la soutenabilité du système de santé.

Graphique 2 : Proportion du financement public en % du total des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE en 2007



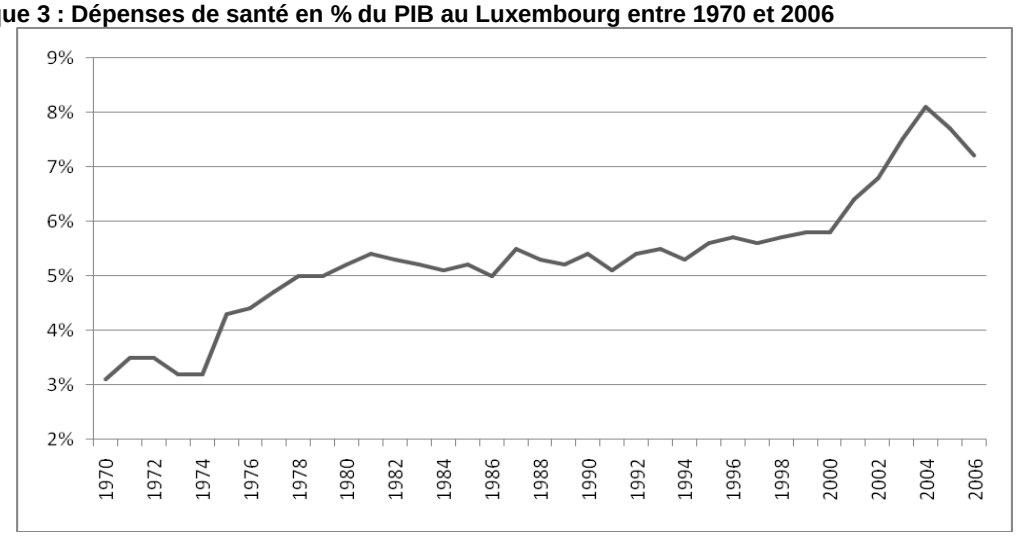
Source : OCDE, Eco-santé 2010

3. Les facteurs d'augmentation des dépenses de santé

Les dépenses de santé représentent une part toujours plus importante du PIB.

Le graphique ci-dessous montre clairement que les dépenses de santé tendent à représenter une part toujours plus importante du PIB. En 1970, le Luxembourg consacrait 3,1% de son PIB aux dépenses de santé. Ce taux s'est sensiblement accru dès 1975 (4,3%) pour atteindre 5,0% en 1978. De 1978 à 2000, la part des dépenses de santé dans le PIB a été comprise entre 5,0% et 5,8%. A partir de 2001, l'augmentation de la part des dépenses de santé a recommencé à augmenter très fortement pour atteindre 8,1% en 2004. Ce n'est que parce que le PIB a augmenté très fortement entre 2004 et 2006 que la part des dépenses publiques dans le PIB a légèrement diminué pour atteindre finalement 7,2% en 2006.

Graphique 3 : Dépenses de santé en % du PIB au Luxembourg entre 1970 et 2006



Source : OCDE

Ce graphique montre très clairement que les dépenses de santé ont augmenté à un rythme de croissance supérieure à celui de l'ensemble de la création de richesse (à l'exception des années 2004-2006).

La part du vieillissement de la population n'a eu pour l'instant qu'un impact limité sur la croissance des dépenses. Particulièrement parce que le Luxembourg a connu une explosion de l'emploi frontalier. Le tableau ci-dessous montre que la proportion des personnes âgées de plus de 65 ans dans la population résidente n'a augmenté que de 3% en 50 ans passant de 10,8% de la population en 1960 à 13,9% de la population résidente en 2010. Entre 1981 et 2010, la proportion des personnes âgées de plus de 65 ans est restée relativement stable, puisqu'elle n'a augmenté que de 0,4 points de %. De manière symptomatique, la proportion des personnes âgées entre 65 et 79 ans a même diminuée entre 1981 et 2010, passant de 11,3% en 1981 à 10,3% en 2010.

Tableau 1 : Évolution de la structure par âge de la population (en %)

Classes d'âge	1960	1981	2001	2010
0-24 ans	34,5%	34,2%	30,4%	29,6%
25-64 ans	54,7%	52,2%	55,7%	56,4%
65-79 ans	9,3%	11,3%	10,9%	10,3%
>80ans	1,5%	2,2%	3,0%	3,6%
Total	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

Source : Statec

Ces chiffres concernent la population résidente et ne tiennent donc pas compte de la part très importante des travailleurs frontaliers dans l'emploi intérieur total (plus de 40% de la population active en 2009). Les travailleurs frontaliers ont une moyenne d'âge inférieure à celle des travailleurs résidents. Le système de soins de santé au Luxembourg bénéficie donc d'un apport important de cotisations étant donné que les populations plus jeunes sont moins, voire peu consommatrices de soins de santé. Il est donc surprenant de constater que la situation financière de l'assurance maladie-maternité est malgré cela en déficit.

C'est plutôt le progrès technique médical et surtout la hausse généralisée du niveau de vie et de revenus qui sont à l'origine de ce phénomène d'augmentation substantielle de la part des dépenses de santé dans le PIB. L'élasticité-revenu, c'est-à-dire la variation en pourcentage de la dépense de santé consécutive à une augmentation de 1% du revenu réel dans la plupart des pays développés est supérieure à l'unité. Une élasticité-revenu supérieure à l'unité est caractéristique des biens et des services dits « de luxe », c'est-à-dire des biens et des services pour lesquels la consommation augmente proportionnellement plus vite que le revenu (lorsque le revenu augmente de 1%, la consommation des biens et des services de santé augmente de plus de 1%).

Quant aux progrès technologiques, ils obéissent à une loi des rendements décroissants. Cette loi caractérise les situations où une augmentation de l'utilisation de tous les facteurs de production, dans une proportion donnée, se traduit par un accroissement du produit dans une proportion moindre. Ces rendements décroissants ont pour conséquence inévitable l'augmentation à long terme du coût moyen. Par exemple, si on applique un test de dépistage (aussi performant soit-il) pour une pathologie relativement rare, il faut consacrer des ressources croissantes pour trouver un cas supplémentaire.

En conclusion, il importe de relever qu'au cours des prochaines années, le Luxembourg devra faire face à un défi démographique majeur : celui du vieillissement à la fois des assurés résidents et des assurés non-résidents. Ceci aura des conséquences financières très importantes que, en l'état actuel, le système de soins de santé ne pourra assumer.

Cette évolution doit être planifiée dès à présent, étant donné que le système de soins de santé actuel combine un niveau de dépenses pour soins de santé par habitant parmi les plus élevées du monde couplé avec un financement presque intégral de ces soins de santé par des fonds publics.

B. LES OBSERVATIONS PRELIMINAIRES DES DEUX CHAMBRES PROFESSIONNELLES

1. Un projet de loi qui manque d'ambition

Si l'approche relatée dans le projet de loi sous avis s'inscrit en effet dans une logique de maîtrise des coûts, il n'en reste pas moins qu'un certain nombre de mesures y préconisées ne sont pas assez incisives ou manquent d'ambition en ce qui concerne leur aboutissement sur l'axe du temps.

Dans ce contexte, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers tiennent à citer l'avis du Conseil d'État en date du 23 novembre 2010 qui retient : « *Avec le double but d'améliorer la prise en charge du malade et d'assainir la situation financière de l'assurance-maladie, les auteurs affichent l'ambition d'atteindre une amélioration qualitative des prestations de soins tout en diminuant leur rémunération, donc de « **soigner mieux en dépensant moins** ». Alors qu'un gain de qualité s'accompagne en règle générale d'investissements supplémentaires qui ont leur propre coût, il ne ressort pas clairement du projet de loi comment les auteurs entendent promouvoir ces efforts supplémentaires. Le Conseil d'État constate que les auteurs veulent maintenir une organisation du système de soins de santé basée sur l'affiliation obligatoire à un régime de sécurité sociale des citoyens et sur le conventionnement obligatoire et total des prestataires.*

Un tel choix politique impliquera également le financement global des coûts inhérents aux soins de santé par l'État et les institutions de sécurité sociale et ne permettra pas une réduction progressive de leur engagement dans ce domaine. Les mesures d'économie proposées par le projet de loi sous avis doivent selon le Conseil d'État donner la priorité aux initiatives ayant comme objet d'éviter le gâchis et d'empêcher les prestations inadéquates, superflues ou inefficaces, libérant ainsi des ressources nécessaires pour investir dans une amélioration qualitative du système de santé. »

Le projet de loi doit dès lors être réfuté pour ce qui est des mesures envisagées pour redresser les finances de la Caisse nationale de santé (ci-après « CNS »). Ainsi, il est inconcevable que le Gouvernement fasse fi des discussions tripartites et décide unilatéralement un relèvement des cotisations à charge des assurés et des entreprises. D'ailleurs, cette mesure a été abrogée par amendement gouvernemental adopté en date du 12 novembre 2010 suite à l'adoption, malgré l'opposition des représentants des entreprises, du budget 2011 de la CNS et d'un relèvement du taux de cotisation des assurés et entreprises. Les deux chambres professionnelles constatent que le projet de loi ne comprend aucune mesure répondant aux préoccupations des entreprises relatives aux impératifs de redressement de la compétitivité de l'économie luxembourgeoise, mais qu'au contraire il allège l'engagement financier de l'État aux dépens des assurés et des entreprises. Cette approche est vivement contestée par les deux chambres professionnelles.

Aux yeux de la Chambre de Commerce et de la Chambre des Métiers, il est indispensable d'augmenter l'efficience du système de santé national. A l'avenir, le défi consistera à concilier deux critères qui, à première vue, sont en contradiction l'un par rapport à l'autre : celui d'assurer, pour des raisons liées à la cohésion sociale, une médecine de qualité, accessible à l'ensemble de la population et celui de maintenir un système financièrement abordable ("Soigner mieux...") et répondant à une utilisation rationnelle des ressources financières ("...en dépensant moins").

Les deux chambres professionnelles se rallient à l'analyse faite par l'Union des Entreprises Luxembourgeoises (UEL) dans son document publié en octobre 2010 intitulé « Soigner mieux en dépensant moins – Feuille de route de l'Union des entreprises luxembourgeoise pour réformer efficacement le système de soins de santé » où il a été proposé notamment de réformer l'assurance maladie en menant à bien des réformes structurelles visant un gain d'efficience du système à moyen et long terme. Dans ce cadre, les organisations patronales ont surtout relevé que l'accent principal de la réforme devrait être mis sur les relations de la CNS avec les établissements hospitaliers et les prestataires de soins. De façon générale, l'approche prônée par l'UEL, à laquelle se rallient la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers, est celle qui mise sur une responsabilisation accrue de toutes les parties prenantes.

Ainsi, le projet de loi prévoit d'intégrer le financement des soins de maternité et de divers autres éléments, dont le congé pour raisons familiales, dans le financement des soins de santé. Ce faisant et sans prévoir des moyens, les auteurs laissent le soin aux organes de la CNS de remédier notamment à un certain nombre de dérives en matière de dispenses de travail qui grèvent actuellement le budget de l'État. La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers réfutent la possibilité que les cotisations patronales servent à terme à financer l'assurance maternité.

Dans le même contexte, le projet de loi sous avis réduit à partir de 2011 la participation de l'État de 41,2% (en 2009) à 40%, sans que les auteurs ne justifient la méthode de calcul pour parvenir à la fixation du taux de 40%. Cette fixation paraît par conséquent forfaitaire et tout à fait arbitraire. Tout au plus, les auteurs du projet de loi justifient la réduction de la participation financière de l'État par l'espoir que le système sera désormais moins onéreux en raison des réformes envisagées. Ce raisonnement est faux, sinon antiéconomique. Il est faux dans la mesure où l'État profitera des économies futures dans la mesure où son taux de participation s'appliquera le cas échéant à une assiette moins élevée. Il est antiéconomique dans la mesure où l'État s'approprie les bénéfices d'une réforme plus que timide aux dépens des assurés et entreprises, qui voient leurs cotisations augmenter sans limite. Il est pour le surplus critiquable alors que l'impact de cette modification est loin d'être neutre, comme cela est allégué par les auteurs du texte, ni pour l'État qui diminue ainsi sensiblement sa charge, ni partant pour les entreprises et les assurés dont la charge augmente.

Cette approche peu transparente doit partant être strictement réfutée. Il est par ailleurs tout à fait inacceptable qu'une pareille proposition de changement de système ne soit accompagnée de données chiffrées et de simulations financières.

2. La maîtrise des dépenses pour soins de santé est une condition impérative pour garantir la soutenabilité du système de soins de santé

Le système de soins de santé constitue un élément essentiel de la qualité de vie et de la cohésion sociale du Grand-Duché. Pour pouvoir continuer à bénéficier du système de santé le plus généreux au monde, il est impératif de rétablir au plus vite l'équilibre financier du système de soins de santé.

En 2010, le système de soins de santé se trouve dans une situation de déficit. A politique constante, ce déficit sera récurrent tout au long de la décennie à venir et risque de s'aggraver sous l'effet conjoint du ralentissement économique général et de l'immobilisme des décideurs politiques.

A court terme, la situation financière de l'assurance maladie-maternité est clairement insoutenable. Il convient de noter qu'à l'issue de la tripartite qui s'est déroulée au printemps 2010, le Premier Ministre s'est engagé à atteindre l'équilibre des finances publiques en 2014 en réduisant le train de vie de l'ensemble des administrations publiques de près de 400 millions d'euros par an, sans toutefois tenir compte de la situation financière de l'assurance maladie.

Étant donné la situation financière réelle de l'assurance maladie-maternité telle que présentée par le Gouvernement dans le projet de réforme du système de soins de santé sous avis, il faudrait trouver environ 200 millions d'euros supplémentaires tous les ans dès 2011.

Le fardeau que peut représenter le déficit cumulé de l'assurance maladie à l'horizon 2020 pour les finances publiques est colossal. Celui-ci pourrait à terme nécessiter un recours massif à la dette publique et peser substantiellement sur l'activité économique et sur la création de richesse.

Le solde financier du système de soins de santé aura au cours des 10 prochaines années une incidence très importante sur l'équilibre des finances de l'ensemble des administrations publiques. Quand on sait que les finances publiques devront en outre faire face au « mur des pensions » dans une dizaine d'année, il convient de ne pas retarder davantage la réforme en profondeur du système de soins de santé.

La maîtrise des dépenses pour soins de santé est donc une condition impérative pour garantir la soutenabilité du système de soins de santé.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers préconisent de mettre un terme à la progression incontrôlée des dépenses pour soins de santé (7,5% par an en moyenne entre 2000 et 2009) et de mettre en place un taux maximal de progression des dépenses de santé pour la période 2011-2014, tel qu'il a été estimé dans l'analyse faite par l'UEL dans sa feuille de route précitée.

Une réelle maîtrise des dépenses de santé doit permettre de réaliser 300 millions d'euros d'économies par rapport à la situation à politique constante et permettrait d'éviter d'augmenter les cotisations sociales ou la contribution de l'État au financement du système de soins de santé.

La question qui se pose est de savoir pendant combien de temps la croissance inflationniste des dépenses de santé pourra se poursuivre de manière aussi complètement déconnectée de la création réelle de richesse.

Dans son analyse, l'UEL propose un taux de progression maximal des dépenses pour soins de santé dégressif. Ainsi l'objectif de l'UEL est de ramener progressivement le niveau des dépenses de santé par habitant (4.210 USD en 2006, ajustées sur la base de la parité de pouvoir d'achat des monnaies) au niveau de la moyenne de l'OCDE (3.060 USD pour l'ensemble des pays de l'OCDE en 2008).

La proposition de l'UEL vise à contenir l'évolution des dépenses pour soins de santé dans des limites raisonnables. L'idée est de déterminer pour les prochaines années un taux de progression maximal des dépenses pour soins de santé qui serait décroissantes au fil du temps jusqu'en 2014.

Le tableau ci-dessous donne le détail de la proposition de l'UEL :

Année	Taux de progression maximal des dépenses pour soins de santé	Taux d'augmentation moyen par an entre 2011 et 2014 (à titre indicatif)
2011	**3,0%**	**1,5%**
2012	**2,0%**	
2013	**1,0%**	
2014	**0,0%**	

Le scénario de l'UEL, auquel se rallient la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers, est tout à fait réalisable au vu des considérations qui suivent :

- *Organisation hospitalière* : réduction d'environ 450 le nombre de lits aigus dans l'ensemble du pays de manière à aligner le nombre de lits aigus par habitant au niveau de la moyenne de l'OCDE, avec pour conséquence à terme une réduction des effectifs et des coûts hospitaliers ;
- *Spécialisation des hôpitaux en matière de services offerts* : ceci aura pour conséquence une annulation de certains services offerts actuellement par les différents hôpitaux ;
- *Centralisation des activités administratives et autres des hôpitaux* : ainsi, les hôpitaux devront utiliser le même software informatique et organiser en commun d'autres activités tels que les achats centralisés, les analyses biologiques, les services de stérilisation, le catering, le nettoyage etc. ;
- *Limitation de la démographie médicale* tant en milieu hospitalier qu'en milieu extrahospitalier ;
- *Mise en œuvre d'une nouvelle nomenclature* tant pour les actes médicaux que pour les laboratoires privés d'analyses médicales ;
- *Limitation de l'activité des laboratoires hospitaliers* à des cas d'urgence en intégrant dans cette stratégie le Laboratoire National de Santé (LNS) ;
- *Alignement du niveau de remboursement des médicaments* sur le prix des médicaments génériques ;
- *Augmenter la participation des assurés/déremboursement de certains médicaments ou actes médicaux*, tout en veillant à ne pas porter préjudice aux personnes les moins bien loties, voire de ne pas les écarter du système.

Par rapport au scenario à politique constante, la proposition de l'UEL permettrait de réaliser des économies de l'ordre de 338 millions d'euros par an en 2014, soit 159 millions d'euros de plus que les propositions de réduction du taux de progression des dépenses pour soins de santé prévues par le Gouvernement dans le projet de loi sous avis (4% par an en moyenne au cours de la période 2011-2014).

Avec des économies de l'ordre de 338 millions d'euros par an en 2014, la maîtrise des dépenses pour soins de santé permettrait de résorber à elle seule le déficit de l'assurance maladie-maternité prévu par l'IGSS, soit 221 millions d'euros par an en 2014.

De telles économies peuvent être principalement réalisées par le biais de la maîtrise des coûts, sans augmenter substantiellement la contribution des assurés.

3. Après l'introduction du statut unique : un certain nombre d'engagements à l'égard des entreprises restent en souffrance

Même si les soins de santé constituent le pilier le plus important de l'assurance maladie, l'assurance maladie couvre également les prestations en espèces, c'est-à-dire le risque des absences pour cause de maladie ou d'accident.

Depuis l'entrée en vigueur du statut salarié unique le 1er janvier 2009, les entreprises supportent la très grande majorité du financement de la couverture du risque des absences pour cause de maladie ou d'accident dû à la généralisation de la continuation du paiement du salaire des travailleurs pendant une période allant jusqu'à la fin du mois au cours duquel se situe le 77e jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de 12 mois de calendrier successifs.

Cette généralisation n'a pas manqué de grever davantage les charges des entreprises, alors qu'un certain nombre d'engagements pris par le Gouvernement dans ce cadre restent en souffrance. Il s'agit en l'occurrence (i) de l'opposabilité des résultats des contrôles administratifs effectués par la CNS et des contrôles médicaux aux salariés dans le cadre de la gestion de l'absentéisme par les entreprises, (ii) de l'augmentation du nombre des contrôleurs de maladie, (iii) le contrôle des salariés frontaliers par les autorités compétentes de leur pays de résidence (voire par les agents de la CNS sur la base d'accords internationaux à conclure), (iv) du paiement de certaines majorations indues pour les salariés portés malades, (v) de la révision du système des indemnités de départ pour les entreprises en difficulté et enfin (vi) de la neutralité financière du statut unique au niveau interprofessionnel.

Maintenir les charges sociales des entreprises au niveau actuel constitue un impératif alors que cela constitue un des seuls avantages dont dispose le Luxembourg en matière de compétitivité-coût.

Cet engagement des entreprises en matière de prestations en espèces devra logiquement avoir pour contrepartie une responsabilisation accrue des assurés en matière de prestation en nature. Ceci est d'autant plus justifié que la prise en compte du risque en question relèvera dorénavant des seules entreprises alors que les anciens ouvriers, voire les travailleurs effectuant une activité à dominante manuelle, verront la surprime qu'ils versent à ce stade à la Mutualité des Employeurs supprimée. Ceci aura comme conséquence que ces assurés verront leurs cotisations à la CNS diminuer et partant leur salaire net relever à due concurrence.

Dans ce contexte, il est inconcevable que le Gouvernement table sur un relèvement des contributions patronales, d'ailleurs contraire aux accords tripartites du passé, ce d'autant plus que les entreprises viennent d'assumer le coût de l'introduction du statut unique et qu'un certain nombre d'engagements pris à leur égard dans ce contexte restent en souffrance.

4. Peu de transparence tant au niveau de l'impact financier de la réforme que du contenu des futurs règlements grand-ducaux d'exécution

Le projet de loi sous avis ainsi que les amendements adoptés en date du 12 et 25 novembre 2010 renvoient près d'une vingtaine de fois à des règlements grand-ducaux d'exécution dont le contenu n'est pas connu à la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers. Ces règlements grand-ducaux d'exécution du projet de loi sont pourtant essentiels à la mise en œuvre adéquate de la réforme du système de soins de santé.

Dès lors, on peut considérer la date d'entrée en vigueur de loi comme étant tout à fait théorique, en attendant les projets de règlement grand-ducaux d'exécution y afférents.

Pour ce qui est des modifications prévues du Code de la Sécurité Sociale (ci-après « CSS »), le projet renvoie à treize règlements grand-ducaux (article 1er points 8°, 10°, 11°, 12°, 21°, 30°, 32°, 35°, 36°, 39°, 42°, 55° et 66°) tandis que pour les modifications envisagées à la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, six renvois à des règlements grand-ducaux d'exécution sont prévus (article 2 points 9°, 12°, 14°, 15° et 17°) tout comme un autre dans le cadre de l'article 5.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers sont d'avis que le projet de loi a été rédigé à la hâte, sans consultation suffisante des acteurs impliqués et ce dans un climat de méfiance mutuelle. Ces faits ne sont propices ni à la promotion du modèle social ni à la mise en place d'une gouvernance supportée par toutes les parties en cause.

Même si certains éléments du projet de loi vont dans la bonne direction, un projet de réforme plus fondamental, notamment en matière de gouvernance, prévoyant des mesures plus incisives devrait être engagé.

Cette façon de légiférer n'ajoute pas à la transparence de la politique en matière de santé et de sécurité sociale et ne suscite guère la confiance des chefs d'entreprises et des organisations représentatives des intérêts des entreprises dans la capacité des autorités à mener à bien des réformes structurelles cohérentes, susceptibles de solutionner les problèmes qui se posent dans le long terme.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers regrettent que le projet de loi ne comporte ni fiche d'impact financier, ni simulations chiffrées, ni de fiche d'impact sur les entreprises. Malgré l'absence de projections financières, les deux chambres professionnelles réfutent l'objectif affiché de réduction immédiate des dépenses alors que le projet de loi, prévoyant de nombreuses mesures devant être mises en place, donc financées par la CNS, n'aboutira pas à réduire les dépenses mais au contraire à les augmenter.

C. LA GRANDE ABSENTE : LA REFORME DU FONCTIONNEMENT DE LA CNS SUR BASE D'UN CONCEPT GLOBAL DE GOUVERNANCE DE L'ASSURANCE MALADIE

Suite à la présentation de l'avant-projet de réforme du système de soins de santé, l'UEL avait réagi publiquement en date du 24 juillet 2010 en affirmant que la collaboration au sein du comité directeur de la CNS était devenue impossible:

"Soucieux d'établir un budget de la Caisse nationale de santé (CNS) en équilibre pour 2011, les représentants des organisations patronales ont au cours des derniers mois vainement insisté pour que les paramètres nécessaires à cette tâche soient mis à leur disposition. Il s'agit en l'occurrence de l'impact chiffré des réformes annoncées pour 2011. Or, à ce jour ni le Ministre ni le président de la CNS n'ont donné suite à cette requête.

Par ailleurs, le Ministre, en fixant l'ordre de grandeur tant des participations des assurés et de certains prestataires que des augmentations des recettes des cotisations, se substitue aux gestionnaires de la CNS, donc aux partenaires sociaux. Cette approche est contraire aux dispositions légales en vigueur concernant l'administration de la CNS et contradictoire par rapport au mandat confirmé expressément par le Ministre lors de la réunion du comité quadripartite du 24 mars 2010.

Pour les organisations patronales, cet état de fait place les partenaires sociaux et gestionnaires de la CNS dans l'impossibilité d'honorer les attributions qui leur reviennent de par la loi. Dans ces conditions, l'UEL a signalé au Ministre qu'une collaboration de la part des représentants patronaux au sein de la CNS est devenue inutile. Elle a fait appel au Ministre pour qu'il adapte dans le cadre de la réforme en cours les textes du Code de la Sécurité sociale à la pratique des dernières années."

Plus particulièrement, l'UEL a proposé un certain nombre de réformes structurelles devant améliorer la gouvernance de la CNS, propositions auxquelles se rallient la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers dans le cadre du présent avis.

1. Réformer en profondeur le fonctionnement de la CNS

Les deux chambres professionnelles, tout comme l'UEL, demandent une séparation claire entre les fonctions exécutives (gestion) et fonctions non exécutives (supervision) au sein de la CNS.

Pour l'heure, le comité directeur de la CNS est composé de représentants des salariés, de représentants des non-salariés, de représentants des entreprises et présidé par un fonctionnaire de l'État. Or, le rôle et les missions du comité directeur de la CNS sont beaucoup trop vagues et générales. L'article 45 §2 du Livre 1er du Code de la sécurité sociale prévoit que:

« Le comité directeur gère la caisse [nationale de santé] dans toutes les affaires qui n'ont pas été déférées à un autre organe par les lois ou les règlements. »

Les difficultés de fonctionnement de la CNS proviennent en partie de la confusion qui existe au niveau de la CNS entre fonctions exécutives et non exécutives.

Aux yeux des deux chambres professionnelles, l'actuel comité directeur devrait jouer le rôle d'un comité de surveillance, c'est-à-dire fixer les grandes orientations stratégiques et financières de la CNS, mais certainement pas interférer dans la gestion quotidienne de la CNS.

Dès lors, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers demandent une réforme en profondeur des structures de la CNS à travers :

- *la création d'un comité de surveillance* composée de représentants des salariés, de représentants des non-salariés et de représentants des entreprises et de représentants de l'État. Ce comité de surveillance, composé de représentants des contributeurs financiers à l'assurance-maladie, serait totalement légitime pour définir les grandes orientations stratégiques et financières de la CNS ;
- *la création d'une direction exécutive* composée de gestionnaires professionnels et chargée de la gestion quotidienne de la CNS. Ces gestionnaires pourraient parfaitement provenir du secteur privé et pas exclusivement de la fonction publique. La direction exécutive serait par conséquent responsable devant le comité de surveillance ;
- *la mise en place d'un contrôle externe* (réviseur aux comptes indépendant) chargé de vérifier les données comptables et financières transmises par la direction exécutive au comité de surveillance et susceptible d'être mandaté par ce dernier pour toute mission de contrôle ou de vérification indépendante.

Pour faciliter le fonctionnement du comité de surveillance, les deux chambres professionnelles demandent une plus grande transparence financière à travers une comptabilisation distincte des différents risques gérés par la CNS (soins de santé, prestations en espèce, dépendance, maternité), mais également à travers l'introduction d'une comptabilité analytique et l'amélioration du partage des données. Il devrait également être procédé, tel que cela a été discuté lors de l'introduction du statut unique, à la fusion avec les caisses de maladie publiques résiduelles.

Au-delà, elles demandent pour le compte des organisations patronales réunies au sein de l'UEL à être davantage associés aux grandes orientations du système de santé qui sont décidées en dehors de la CNS, en l'occurrence celles prises en matière d'organisation et de politique hospitalières.

2. Réduire les frais administratifs de la CNS

Au cours des dix dernières années les frais d'administration ont connu une augmentation moyenne de 5.37% par année, soit une croissance totale de 83%. A titre de comparaison, les deux chambres professionnelles tiennent à rappeler que le l'indice à la consommation a évolué de 26% dans la même période.

Selon ses propres estimations, les coûts totaux de la CNS verront une croissance de 79,7 millions d'euros pour la période 2009 / 2010. La CNS prévoit une augmentation des frais de fonctionnement de 6,5 millions d'euros pour la même période, ce qui représente 8,16% de la croissance totale du budget CNS.

Les économies d'échelles, retenues lors des discussions sur l'introduction du statut unique, sont à l'état actuel inexistantes. Au contraire, une augmentation des coûts de quelque 10% sera réalisée entre 2009 et 2010.

Il semble d'ailleurs que les frais d'administration soient directement liés aux dépenses totales de la CNS. Effectivement, on peut constater que les frais de gestion se situaient pendant les 5 dernières années entre 3,3 % et 3,5 % des dépenses totales. A première vue, il semble donc que ces derniers soient calculés sur base d'une lettre-clé et non pas en fonction des coûts réels.

Il va de soi qu'un gestionnaire qui n'est pas en mesure de gérer efficacement ses propres coûts et qui exige en même temps des prestataires de réduire leurs coûts n'est pas crédible. Dès lors, il est impératif que la CNS prenne les devants en termes d'économies financières afin de servir d'exemple à l'ensemble du domaine de santé.

Le regroupement de cinq caisses de maladie doit impliquer des économies d'échelles et en conséquence la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers plaident pour une revue en détail des frais d'administration. D'ailleurs, les deux chambres professionnelles demandent à ce que les caisses de maladie publiques, restées à l'écart lors de l'introduction du statut unique, soient intégrées à la CNS.

3. Réformer le fonctionnement des institutions liées à l'assurance maladie en vue de gagner en efficience et gouvernance

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers relèvent que le projet de loi est en défaut de s'attaquer au problème fondamental lié à la composition, au fonctionnement et à la communication d'informations entre toutes les institutions existantes (et à créer conformément au présent projet de loi) liées à l'assurance maladie. S'il est vrai que le projet de loi vise à modifier la composition de certaines d'entre elles, en renforçant les pouvoirs de l'État et en diminuant ceux des représentants des assurés et des entreprises, les auteurs du projet n'agissent pas dans un concept global de modernisation de la gouvernance du système de soins de santé luxembourgeois.

Outre les recommandations faites dans le cadre de la gestion de la CNS, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers invitent le Gouvernement à se concerter avec les parties concernées pour développer un concept de gouvernance de l'assurance maladie qui permette de gagner en efficience, en transparence, en communication et qui permettra aux institutions de prendre les décisions de manière consensuelle en parfaite connaissance de cause.

Aux yeux des deux chambres professionnelles, la gouvernance est l'élément central autour duquel doit se bâtir une future réforme substantielle du système de soins de santé luxembourgeois ; la nécessité de réduire les dépenses en vue de parvenir à la stabilisation financière de l'assurance maladie ne pouvant être décidée dans la structure actuelle.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers se limiteront à citer un exemple d'inefficacité de la gestion actuelle au niveau des institutions impliquées dans les prises de décisions : le développement du secteur hospitalier au Luxembourg est décidé au sein de la Commission permanente pour le secteur hospitalier (donc par l'État et les médecins, majoritairement représentés) et les infrastructures financées conjointement par l'État (80%) et la CNS (20%). Toutefois, les coûts indirects découlant des décisions prises au sein de cette Commission, à savoir les frais de personnel, frais administratif et frais de maintien des établissements nouvellement construits ainsi que les remboursement des prestations médicales y effectuées (frais qui à long terme sont supérieurs au coût de l'infrastructure), sont automatiquement à la charge de la CNS, financée majoritairement par les assurés et les entreprises. Le mécanisme actuel a pour effet de mettre à charge de la CNS des dépenses sur lesquelles elle n'a que très peu d'influence de décision, étant entendu que certaines décisions de développement du secteur hospitalier peuvent être basées sur des considérations politiques et qui méritent un contrepoids accru des assurés et entreprises qui financeront ces décisions durant de nombreuses années.

Cet exemple peut être étendu à l'intégralité des institutions liées à l'assurance maladie, ce qui explique la position des organisations patronales de vouloir se désengager des institutions au sein desquelles elles ont l'impression de ne pouvoir exercer leur mission.

D. LES MESURES ENVISAGEES PAR LE PROJET DE LOI

1. Premier axe important : « Réaliser une meilleure offre de soins »

a) Le conventionnement des prestataires de soins

Au Luxembourg, tous les prestataires de soins sont obligatoirement conventionnés et, à ce titre, sont obligés de respecter les nomenclatures et les tarifs maxima tels qu'ils sont définis par les lois, règlements, conventions et statuts en vigueur. A ce stade le conventionnement obligatoire est associé à une liberté thérapeutique absolue.

En raison des perspectives d'un revenu conséquent, le Grand-Duché de Luxembourg attire de plus en plus de médecins établis dans les régions limitrophes. Alors que le nombre de médecins dépassent dans certaines spécialités et régions de loin les besoins réels de la population, toutes les études menées dans le domaine de la démographie médicale démontrent, sans grande surprise, que les coûts de la santé évoluent parallèlement à l'augmentation de la densité médicale. En effet, le conventionnement obligatoire ne pose aucun frein à la démographie des prestataires, augmentant ainsi le risque de dérive financière et de la surmédicalisation induite par une offre trop importante. Il échet également de constater que le conventionnement ne limite pas le phénomène de concentration des médecins dans les régions du pays à forte population au détriment des régions les plus rurales. Le conventionnement obligatoire n'est par ailleurs pas de nature à instituer une garantie quant à la qualité des soins dispensés par les prestataires.

Il coule partant de source que le système de conventionnement des médecins avec la CNS doit être revu pour y introduire davantage de sélectivité s'inscrivant à la fois dans une logique de restriction de l'offre et d'une qualité des soins dispensés, en l'adaptant aux besoins réels de la population du Grand-Duché.

Le contrôle de l'offre médicale n'a nullement comme but de restreindre l'accès des patients aux soins de santé, mais bien de limiter l'offre médicale aux besoins de la population du Grand-Duché.

Finalement le contrôle du nombre de prestataires ne doit pas se limiter aux médecins. D'autres prestataires de soins de santé, tels les kinésithérapeutes, se sont installés en grand nombre au Luxembourg ces dernières années sans qu'il y ait un réel besoin médical. Pour ces prestataires une planification des besoins et, le cas échéant, une restriction de leur nombre s'impose donc aussi.

b) Les nomenclatures des prestataires

Un certain nombre de nomenclatures, notamment celles des actes médicaux et médicaux dentaires ainsi que des laboratoires, sont surannées et ce tant en raison de l'évolution de la médecine et des actes thérapeutiques que des progrès technologiques. Il en résulte que bon nombre d'actes sont surpondérés alors que d'autres mériteraient d'être davantage valorisés.

Alors que la nomenclature constitue un maillon central des systèmes de rétribution des différents prestataires, notre système de santé doit se doter d'un outil retravaillé dans le but d'augmenter et la transparence et l'équité du système. A défaut, le système prêtera davantage encore flanc aux déviations des prestataires pour devenir ingérable à terme.

c) Les médicaments

Les études récentes de l'OCDE constatent que l'accroissement des dépenses publiques et privées en produits pharmaceutiques a été ces dernières années l'un des principaux facteurs de progression des dépenses de santé dans nombre de pays de l'OCDE.

D'après les données de la CNS, les frais de médicaments en ambulatoire et hospitalier sont également en progression continue au Luxembourg. Ainsi, l'augmentation de 2009 à 2010 est estimée à 6% de ce chef. Pour l'année 2010, le budget des médicaments en ambulatoire prévoit un montant total de 170 millions d'euros, ce qui constitue 12% des prestations en nature, sans tenir compte des médicaments hospitaliers estimés à 50 millions d'euros, ce qui ajuste notablement l'importance de ce poste de dépenses. En considérant plus particulièrement les prestations en nature, cette position représente le 4ème groupe de dépenses importantes après les soins hospitaliers, les honoraires médicaux et les conventions internationales. Puisque des informations précises relatives à la consommation hospitalière de médicaments font défaut, l'analyse des dépenses ne peut produire des résultats exhaustifs satisfaisants.

L'objectif ultime pour la CNS doit consister à réduire toute consommation médicamenteuse superflue ou inutilement onéreuse. Par conséquent, il faudra procéder dans un premier temps à une campagne de sensibilisation et de responsabilisation de tous les acteurs, notamment aussi pour les assurés afin de les informer sur les risques de santé liés à sa consommation régulière de certaines substances auxquelles le recours semble trop facile et répandu ainsi que sur l'efficacité de médicaments de substitution, ayant le même effet thérapeutique que les originaux, mais à un coût moindre.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers approuvent aussi la proposition de vouloir modifier le système actuel des sanctions par l'introduction de normes à définir et à appliquer. Néanmoins en l'absence de propositions élaborées, il est fort douteux que le nouveau système de sanctions présentera des avantages en termes d'économies, tout en créant des contraintes administratives supplémentaires pour la CNS.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers adhèrent à l'approche de coresponsabilité de tous les acteurs du système en matière de distribution des médicaments, telle que celle-ci a été exposée dans le rapport final du groupe de travail « médicaments » du 11 mars 2010, approche qui a comme but de garantir la même qualité de traitement à un coût modéré. L'assuré reste dans ce cadre libre de recourir à un médicament plus cher sous peine de voir augmenter sa participation, le remboursement se limitant au taux appliqué à la base de remboursement déterminée statutairement.

Les deux chambres professionnelles approuvent l'introduction d'une base de remboursement établie sur le prix des substituts, système qui existe déjà en France et en Belgique, et espèrent que cette mesure permettra à terme de faire également diminuer les prix surfaits de certains médicaments brevetés.

Évidemment ce système ne pourra fonctionner que si les différents acteurs assument chacun leur part de responsabilité et se déclarent prêts à faire fonctionner le système. Sous la forme actuelle, le projet de loi reste flou, voire laisse encore une trop grande marge de manœuvre et n'impose aucune obligation de résultat aux prestataires.

Une solution alternative consisterait à négocier des achats groupés auprès de l'industrie pharmaceutique. La réduction du coût des médicaments pourrait être atteinte d'une autre manière que par la substitution. Ainsi, le Ministère de la Sécurité Sociale et le Ministère de la Santé pourraient négocier une enveloppe globale du coût des médicaments directement avec l'industrie pharmaceutique.

d) Les laboratoires

Le secteur des laboratoires extrahospitaliers a connu des mutations profondes au cours des années écoulées. Ainsi, les laboratoires privés extrahospitaliers ont connu un essor certain et une modernisation remarquable dans cette évolution, de même que le Laboratoire National de Santé (LNS).

Il y a lieu d'introduire un critère de qualité objectif, condition obligatoire pour le remboursement des actes de biologie médicale par la CNS. En adoptant des normes internationales reconnues, le Luxembourg pourrait se positionner à un niveau compétitif vis-à-vis des laboratoires étrangers et la CNS garantirait une qualité d'un niveau international reconnu à sa population protégée.

Il y a lieu de mettre sur un pied d'égalité les laboratoires en ce qui concerne la prise en charge des analyses extrahospitalières (ambulatoires). Dorénavant, les analyses ambulatoires effectuées par les laboratoires hospitaliers se trouvant dans l'enceinte de l'hôpital devront être prises en charge à l'acte (tarif) sous condition que si un hôpital souhaite dorénavant continuer à effectuer ce genre d'activité, il devra la financer intégralement par ses propres moyens (y compris le personnel, les investissements pour son équipement et pour ses immeubles). Un contrôle strict des activités de laboratoire ambulatoires et stationnaires des hôpitaux (notamment via le biais d'une comptabilité analytique) devra s'assurer que ces derniers ne fassent pas passer les analyses ambulatoires soumises à limitation comme des actes stationnaires non-soumis à limitation.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers craignent que l'introduction d'une vraie comptabilité analytique à l'intérieur des laboratoires hospitaliers, lesquels n'ont pas l'habitude de comptabiliser des actes par postes de dépenses (ce qui est toutefois requis pour différencier les deux types d'actes - ambulatoire/stationnaire) risque d'être compliquée dans un délai aussi court. Aussi, les deux chambres professionnelles proposent-elles une solution qui limitera les actes dès leur prescription par

- une sensibilisation du médecin traitant, respectivement des sanctions à la prescription au lieu des sanctions actuelles unilatérales à l'exécution ; et
- la mise en commun des données d'analyses de biologie médicale sur un serveur de résultats accessibles par les médecins afin d'éviter des doubles prescriptions.

Dans un souci de rationalisation et de mise en concurrence des laboratoires hospitaliers, il conviendrait de constituer un seul laboratoire géré par tous les hôpitaux qui se limitera aux seules analyses stationnaires. Dans ce cadre, il y a lieu de vérifier si le bâtiment en construction pour le LNS ne pourrait pas être utilisé pour abriter ce seul et unique laboratoire hospitalier. Faut-il rappeler que la construction d'un bâtiment pour le LNS est déjà en cours, sans que l'on sache quelles seront les compétences et tâches à y intégrer ?

Pour ce qui est du LNS, il devra limiter ses activités au contrôle des aliments, des produits, à la réalisation des expertises requises pour l'examen des demandes d'autorisation de mise sur le marché (AMM) des médicaments et des réactifs, des aliments et de tout produit de manufacture ainsi qu'à des activités de formation et de recherche (et non opposable à la CNS). Les analyses médicales effectuées aujourd'hui par le LNS devront dorénavant être faites par les autres acteurs nationaux, respectivement en ce qui concerne les analyses rares et plus compliquées en collaboration avec des laboratoires internationaux.

Finalement, dès qu'un traitement égalitaire est garanti entre les laboratoires hospitaliers et privés effectuant des analyses extrahospitalières, il y a lieu de réformer en profondeur la nomenclature des laboratoires. S'il est vrai que certains actes sont sous-évalués, il est aussi vrai que beaucoup d'autres sont, en raison de la haute automatisation des analyses, totalement surévalués. Le présent projet de loi portant réforme du système de soins de santé devrait dès lors avoir comme conséquence de baisser significativement les coûts et, par conséquent, les dépenses de tout le secteur.

Tandis que les laboratoires hospitaliers bénéficient de forfaits négociés avec la CNS, les laboratoires privés extrahospitaliers sont remboursés à l'acte (tarif) sur base d'une nomenclature et d'une lettre-clé. Ces actes ne sont pris en charge par la CNS pour les laboratoires privés qu'à raison de douze actes au maximum par ordonnance – sauf dérogation. Cette mesure d'économie pour la CNS vaut aussi bien pour les analyses exécutées par un laboratoire hospitalier que par un laboratoire extrahospitalier.

Au final, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers souhaitent qu'une meilleure répartition des tâches soit effectuée en matière d'analyses médicales. D'un côté, les analyses en urgence doivent continuer à être effectuées au sein des hôpitaux. Les analyses stationnaires non urgentes doivent être effectuées au sein des hôpitaux qui devraient à terme se regrouper pour réaliser des économies d'échelle. Toutes les autres analyses (secteur ambulatoire) devraient pouvoir être réalisées par des laboratoires privés.

Il serait souhaitable que le LNS s'inscrive dans une stratégie cohérente d'organisation d'analyse médicale. Il faut dans tous les cas éviter que le LNS n'empiète sur les activités des laboratoires hospitaliers et privés décrites ci-avant et ne bénéficie d'une exclusivité pour certaines analyses qui sont en pratique sous-traitées à l'étranger, tandis qu'il existe au Luxembourg des laboratoires performants qui pourraient les réaliser.

e) La prise en charge directe

La santé est notre bien le plus précieux. Mais la santé à aussi un prix. Il est temps d'abandonner l'idée de la gratuité des services de santé, idée bien répandue dans le public. Concernant le principe de l'introduction d'un système dit du « tiers payant généralisé », la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers craignent que cela ne fera que renforcer l'idée de la gratuité des services de santé et qu'un des derniers freins à la consommation médicale sans limite tomberait. La situation financière de l'assurance maladie est suffisamment critique pour nécessiter une prise de conscience accrue auprès des tous les assurés sur le coût qu'ils constituent pour le système.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers s'opposent à l'introduction d'un système du tiers payant généralisé, alors que e tiers payant actuel couvre déjà un large éventail de services et soins de santé notamment une partie des soins hospitaliers, les médicaments et les analyses médicales. Comme le démontrent d'ailleurs les chiffres, ce sont ces trois postes qui sont à l'origine de l'explosion des coûts du système de l'assurance maladie.

Quant au souhait du législateur d'introduire le tiers payant social pour les assurés à faible revenu, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers peuvent l'accepter sous quatre conditions :

- les modalités de prise en charge seraient à fixer par les statuts de sorte à se limiter strictement à un cercle de bénéficiaires bien défini et restreint ;

- les prestataires de soins de services doivent accepter le tiers payant social sans demander en contrepartie un paiement pour « service rendu » à l'assurance-maladie ;
- il faudra mettre sur pied un système de contrôle strict et efficace des prestations effectuées sous le tiers payant social afin d'éviter des abus tels qu'intervenus récemment en Belgique où une soixantaine de médecins dentistes ont écopé d'une sanction administrative alors qu'ils sont accusés d'avoir abusé du recours au tiers payant, qui permet aux patients moins nantis d'accéder aux soins sans frais ;
- la fermeture de toutes les agences de la CNS. Faut-il en effet rappeler, que la CNS a maintenu, malgré l'objectif de fusion, un réseau d'agences coûteux dont l'utilité est discutable et ceci en premier lieu pour venir à la rencontre des personnes à revenu faible ? La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers refusent toute mesure additionnelle grevant davantage les frais administratifs de la CNS et insistent sur le caractère de double emploi que représenterait l'introduction du tiers payant social et du maintien des agences de la CNS. L'argument de vouloir transformer les agences de la CNS en agences multifonctionnelles de la sécurité sociale est aussi à rejeter en raison de son coût, de ses problèmes au niveau de l'organisation et de moyens d'informations alternatifs.

f) Le dossier de soins partagé électronique et le partage des données

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers plaident depuis des années pour l'introduction d'un dossier médical électronique et le partage de données et soutiennent en conséquence les efforts entrepris par le présent projet de loi dans ce domaine.

Selon le projet de loi sous avis, le dossier de soins partagé ainsi que le partage de données seraient donc implémentés par une nouvelle Agence nationale des informations partagées. Aux yeux des deux chambres professionnelles, la priorité devrait avant tout définir les objectifs de haut niveau de la réforme envisagée.

Le dossier de soins partagé et le partage des données doivent s'inscrire dans une politique de santé nationale visant à réduire les coûts tout en assurant des soins de qualité. La définition du dossier de soins partagé ou du partage de données ne peut être laissé intégralement à la libre appréciation des représentants de l'Agence, qui pour une majorité sont aussi des prestataires de santé. L'agence devra par conséquent s'occuper principalement de la mise en place technique du dossier médical électronique et non pas de la définition dudit projet.

Le dossier de soins partagé du patient est en discussion depuis des années, cependant aucun résultat concret n'est établi à ce jour. Quelles en sont les raisons ? Les deux chambres professionnelles estiment que l'absence d'une définition claire des buts recherchés ainsi que l'établissement d'un calendrier fixe sont à la base de l'échec de cette discussion.

Dans le contexte du dossier médical personnel, on retrouve dans l'exposé des motifs que le projet s'étalera sur « au moins 5 ans ». Concernant la mise en place du partage de données, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers demandent qu'un calendrier précis soit élaboré et que l'agence en question soit obligée de respecter ces délais.

Les deux chambres professionnelles plaident pour qu'un minimum de fonctionnalités soit implémenté :

- harmonisation des systèmes informatiques des hôpitaux permettant l'échange et le partage de données ;

- centralisation de toutes les informations relatives à la santé de l'assuré, incluant l'imagerie, les analyses laboratoires, visites médicales, les prescriptions ;
- accès protégé « online » et identifié du corps médical avec double authentification (par exemple carte patient + carte docteur / identification et historique des accès) ;
- possibilité pour le patient de visualiser le contenu de son dossier ;
- utilisation de ces données à des fins de surveillance et de statistiques : consommation, détection de surconsommation et fraude, redondance de traitements ;
- création d'un « data-warehouse » de la santé au Luxembourg. En anonymisant les données, toutes sortes de statistiques pourront être effectuées sans pour autant violer la législation sur la protection des données. Ces statistiques permettront entre autre d'effectuer des analyses de coût-efficacité afin de garantir l'efficience économique des soins hospitaliers ;
- harmonisation des systèmes et des normes comptables dans le milieu hospitalier permettant une transparence absolue et garantissant une comparabilité entre hôpitaux.

Il est évident et indispensable que tous les prestataires, incluant les médecins et autres prestataires, hôpitaux, laboratoires et pharmacies devront être dans l'obligation d'utiliser un système identique afin d'optimiser la démarche. Tout investissement, via les budgets de la CNS ou de l'État, n'étant pas conforme à la mise en place d'un tel système devra être catégoriquement refusé.

Il semble illusoire de vouloir implémenter ces projets à court ou même moyen terme. Cependant, il importe aux yeux des deux chambres professionnelles de prévoir dès le départ un système qui pourra évoluer et ceci sans engendrer des coûts redondants. Une stratégie comportant des objectifs à court terme et clairement définis devra être mise en place rapidement.

g) Le financement des prestations de maternité

Le projet de loi prévoit le remplacement du financement direct actuel de l'État par une participation par celui-ci aux cotisations en incluant les prestations de maternité dans le financement normal par cotisation, à l'instar de tous les autres risques couverts par la CNS.

Le texte prévoit encore d'honorer sa participation au niveau de 2010 de façon à ce que les augmentations du coût de l'assurance maternité seront assumées de façon tripartite. En d'autres termes, les partenaires sociaux devront assumer à l'avenir les frais d'assurance maternité, ce qui constitue un revirement de l'approche de la politique en la matière qui est inacceptable pour la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers. Il n'est pas légitime en effet de transférer à terme des charges à la CNS pour alléger les finances publiques. Il aurait été beaucoup plus judicieux au contraire de contrecarrer l'explosion des coûts qui résultent notamment de la pratique très répandue dans certains secteurs de dispenser purement et simplement les personnes enceintes de leur travail.

La dotation spéciale maternité de 20 millions d'euros que l'État prévoit d'allouer en 2011 et 2012 à la CNS pour neutraliser l'impact du transfert des prestations de maternité vers le régime général est insuffisante alors que cette modification nécessiterait une dotation de l'ordre de 34 millions d'euros par an.

Pour toutes ces raisons, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers s'opposent au transfert de la charge liée aux prestations de maternité de l'État vers les assurés et les entreprises.

2. Deuxième axe important : « La rationalisation de l'offre hospitalière »

a) La planification hospitalière

Aujourd'hui, la planification hospitalière concernant les nouvelles structures ou services se fait au niveau du Ministère de la Santé, la CNS demandée en son avis à travers notamment la « Commission permanente pour le secteur hospitalier » (CPH). Or chaque nouvelle structure, chaque nouveau service engendre des frais inhérents (personnel, équipement, amortissement, etc.) qui sont à la charge exclusive de la CNS. Par conséquent, la CNS doit avoir un droit de regard sur les décisions en la matière, voire même un pouvoir de codécision.

Notre pays dispose toujours d'un surplus de lits stationnaires mais aussi de services hospitaliers vis-à-vis des besoins médicaux réels de la population. Ceci est mis en évidence par la comparaison avec des pays étrangers ayant une population indigène semblable. Ainsi d'après l'OCDE, au Luxembourg, le nombre de lits d'hôpitaux pour soins aigus est de 4,5 lits sur mille habitants en 2008, ce qui constitue un nombre supérieur à la moyenne des pays de l'OCDE (3,6 lits sur mille habitants), alors que la réduction du nombre de lits d'hôpitaux dans la plupart des pays de l'OCDE au cours des 20 dernières années a coïncidé avec une réduction de la durée moyenne des séjours à l'hôpital et une augmentation du recours à la chirurgie de jour (chirurgie ambulatoire). Réduire le nombre de lits aigus au niveau de la moyenne de l'OCDE représenterait une réduction d'environ 450 lits aigus au cours des prochaines années (soit une réduction de 20%) avec pour conséquence une réduction sensible des effectifs et des dépenses en matière hospitalière estimée à environ 100 millions d'euros par an.

La diffusion des technologies médicales modernes est l'un des facteurs principaux de l'augmentation des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE. Par exemple, le nombre d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) utilisés pour diagnostiquer de nombreuses maladies a fortement augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE au cours des 10 dernières années (Eco-Santé OCDE 2010 : Comment le Luxembourg se positionne).

Au Luxembourg, le nombre d'IRM est passé de 1 appareil en 2000 à 6 appareils en 2008, ce qui a également entraîné une multiplication par 6 du nombre de personnels nécessaires à faire fonctionner les IRM.

Il y a donc lieu de remettre en question toutes les structures et services hospitaliers existants et, le cas échéant, de réduire leur nombre. Les plans hospitaliers successifs n'ont malheureusement été qu'une reconduction d'une situation existante assurant à chaque établissement hospitalier l'offre de la gamme la plus vaste de services. Le déploiement d'une véritable stratégie s'impose désormais dans le double but de spécialiser davantage les hôpitaux au regard des services offerts et dans le souci de garantir une meilleure qualité des prestations ce qui devra aboutir dans une réforme globale de la loi hospitalière, qui n'est pas prévue par le projet de loi sous avis.

De même, la mise en place d'une filière de soins à l'intérieur des établissements, mais aussi entre les hôpitaux, la création de centres de compétences et le renforcement de la coopération transfrontalière, qui sont à soutenir, ne devra pas avoir comme conséquence l'ouverture de nouvelles structures à côté des structures existantes, mais bien la fermeture éventuelle des structures superflues. Des marges de manœuvre subsistent donc en ce qui concerne la rationalisation des services et des actes médicaux au sein des hôpitaux.

Or même si le projet de loi initial prévoit la création de ces différents instruments, il reste malheureusement lettre morte quant à la transposition effective de ces derniers.

Quant à l'organisation commune de certaines activités hospitalières, il est impératif de commencer à centraliser les activités administratives. Ainsi, les hôpitaux devront utiliser le même software informatique et renforcer leur coopération en matière d'achat en commun de médicaments et des équipements et fournitures pour tous les hôpitaux.

L'organisation commune d'autres activités doit être réalisée tels les analyses biologiques, les services de stérilisation etc. L'outsourcing en commun doit être réalisé pour les activités telles que le catering, le nettoyage etc.

b) La chirurgie ambulatoire

Dans de nombreux domaines, il est impératif de renforcer la tendance (trop timide à ce stade) vers plus de chirurgie ambulatoire. La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers constatent et regrettent l'attitude plutôt défensive tant du Ministre ayant la Santé dans ses attributions que des hôpitaux envers cette nouvelle approche. Par ailleurs, il existe d'autres activités qui ne doivent pas être exclusivement effectuées en milieu hospitalier, notamment la radiologie.

La chirurgie ambulatoire doit être renforcée et constituer à terme le mode d'intervention standard pour la grande majorité d'interventions chirurgicales. Cette approche doit nécessairement aboutir à une réduction en parallèle du nombre des lits aigus dans les hôpitaux.

c) La démographie médicale en milieu hospitalier

Le principe de la limitation de l'offre doit aussi jouer dans l'agrément des médecins en milieu hospitalier. Seul le nombre de médecins correspondant aux besoins médicaux réels doit recevoir un agrément dans les hôpitaux et leurs actes seuls doivent être opposables à la CNS. D'ailleurs en réajustant la planification hospitalière en renforçant l'ambulatoire, les filières de soins, les centres de compétence et la coopération transfrontalière, les besoins réels en médecins agréés dans les hôpitaux luxembourgeois devraient encore diminuer. De plus, en instituant au Luxembourg des critères de qualité des soins reconnus à l'étranger, les interventions multiples souvent nécessaires pour un même patient devraient pouvoir être réduites et par la même occasion avoir un certain effet positif sur la démographique médicale.

Il est donc à saluer que le projet de loi prévoit la possibilité d'une limitation des médecins agréés dans les hôpitaux. Néanmoins, ce même projet de loi dispose que leur nombre sera à l'avenir prédéfini dans le cadre du budget hospitalier, qui sera dorénavant décidé par le Ministère et non plus négocié par la CNS. Donc les représentants des entreprises perdent tout moyen de contrôle et de décision.

Dans le futur, chaque contrat d'agrément devra aussi prévoir des sanctions financières, voire l'exclusion de l'hôpital du médecin concerné en cas de non-respect de la bonne gestion financière des ressources de l'hôpital. L'instauration de médecins-coordinateurs doit être saluée dans la mesure où ceux-ci s'inscriront dans une logique tendant à renforcer l'organisation structurée de la médecine en milieu hospitalier. Pour ce faire les médecins-coordinateurs devront être incorporés dans la hiérarchie interne des hôpitaux et avoir le pouvoir de donner des directives aux autres médecins agréés ainsi qu'au personnel soignant en vue d'une utilisation rationnelle des ressources de l'hôpital. Ils doivent servir de charnière entre une véritable direction médicale des hôpitaux et les différents intervenants (corps médical, paramédical, etc.).

d) La budgétisation des établissements hospitaliers

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers soutiennent l'approche de la consolidation des budgets des différents hôpitaux dans le but de contraindre les hôpitaux à une collaboration plus cohérente.

A ce jour, les hôpitaux bénéficient de plusieurs sources de financement et il est difficile de générer une vue globale des finances du secteur hospitalier. Les deux chambres professionnelles plaident pour une consolidation de tous les budgets permettant ainsi une vue transparente sur les projets et leur financement.

La base de l'explosion des coûts dans le secteur hospitalier semble être liée à l'absence d'une coordination volontariste des missions et spécialisations des hôpitaux. Dès lors, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers plaident pour une définition claire et sans équivoque des missions de chaque hôpital. Tout budget ou remboursement d'actes non conformes aux missions attribuées devra être refusé.

A ce jour les hôpitaux ont tendance à autofinancer des services ou du matériel dont le financement est refusé par la CNS ou le Ministère de la Santé. Cependant, ces services et équipements génèrent des coûts indirects, comme par exemple des frais de personnel, administratifs ou de maintien, qui sont eux financés par la CNS. L'autofinancement de services n'étant pas conforme aux missions attribuées devrait être interdit ou alors il conviendra de s'assurer que les coûts directs et indirects de ces services ne soient nullement supportés par la CNS ou d'autres budgets de santé.

Indépendamment de l'attribution des missions, les hôpitaux ont aujourd'hui tout intérêt, d'un point de vue financier, à générer le plus d'interventions possibles ou à occuper un maximum de lits. La réforme de l'assurance maladie devra par conséquent introduire un nouveau système d'attribution de budgets, qui ne doit en aucun cas se limiter à une comptabilisation des traitements ou des lits occupés.

e) La comptabilité analytique

Un des principaux outils permettant une bonne gestion financière est la comptabilité analytique. Il importe dès lors d'introduire une compatibilité analytique qui ne se limite pas à une répartition des coûts par clés définies sur base de surfaces utilisées.

En premier lieu, il est nécessaire de définir une seule norme de comptabilité analytique pour tous les hôpitaux. Effectivement à ce jour, les hôpitaux ont implémenté leur propre vision d'une comptabilité analytique et les chiffres ne sont actuellement pas comparables entre hôpitaux. Il importe de produire une comptabilité qui permette une vue d'ensemble sur tous les investissements et amortissements et ceci dans une transparence parfaite.

A court et moyen terme, il conviendra d'introduire les mêmes systèmes informatiques de gestion financière dans tous les établissements hospitaliers. Ceci apportera une standardisation qui facilitera l'échange de statistiques, la comparaison entre hôpitaux et avant tout l'analyse des chiffres par la CNS. Afin d'éviter des investissements redondants, la coordination et la mission de la mise en place devra être attribuée à la nouvelle Agence nationale de partage de données. Celle-ci devra garantir une parfaite intégration avec le projet portant sur le partage de données et encore le dossier de soins partagé.

A moyen terme, l'objectif doit être d'implémenter une comptabilité permettant d'analyser chaque acte individuellement au sein de l'hospitalier. A long terme, ceci permettra l'introduction d'une nomenclature des soins hospitaliers, garantissant ainsi la transparence financière du milieu hospitalier. Cette approche permettra également de définir un *benchmark* (une référence) pour les coûts des actes effectués en milieu hospitalier. Elle permettrait aussi de procéder à des comparaisons avec des hôpitaux situés dans la Grande Région et de réaliser à terme une convergence des coûts avec les établissements comparables situés de l'autre côté de la frontière.

Il convient enfin de noter que la législation et la jurisprudence européennes ne manqueront pas de requérir à terme une connaissance du coût par acte effectué en milieu hospitalier.

f) Le Comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières

Une bonne médecine ne se définit pas seulement par le nombre de soins de santé auxquels un assuré peut recourir mais aussi par la qualité des soins offerts. Même s'il est vrai que certains contrôles de qualité sont effectués au Luxembourg, ces derniers se limitent souvent à la qualité de la gestion des hôpitaux et non à la qualité des traitements et soins. Le manque de qualité peut entraîner un prolongement des soins respectivement la répétition inutile des actes, ce qui bien sûr coûte davantage au système.

Le projet de loi sous avis 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. Ce comité a comme mission de mettre en place par les établissements hospitaliers des mesures et instruments de gestion de risques, d'évaluation et de la qualité des prestations effectuées ainsi que la prévention, le signalement et la lutte contre les événements indésirables, y inclus la prévention et le contrôle de l'infection nosocomiale.

Les organisations patronales pensent que l'utilité de cet organe est justifiée en ce sens que des normes pour la qualité des prestations dans les hôpitaux seront enfin créées ce qui exige évidemment un apport en qualité de tous les prestataires. Néanmoins, la question de la valeur ajoutée des multiples organes de pilotage mis en place par voie légale mérite toutefois d'être posée.

Afin d'accroître la transparence en matière d'évaluation de la qualité en milieu hospitalier, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers demandent de publier les performances des différents hôpitaux mesurées sur la base de normes de qualité reconnues.

Les deux chambres professionnelles, tout en saluant donc la création d'un tel comité national, insistent pour que la coordination de l'assurance qualité ne se limite pas seulement aux prestations dispensées par le personnel hospitalier, mais englobe également les actes médicaux. Il faut donc que les prestataires se basent dans le futur sur des critères internationaux de qualité reconnus dans leurs traitements, reprenant notamment les droits des patients et leur information, la santé digitale, le temps d'attente pour bénéficier d'un traitement, les résultats en terme de santé des soins effectués, l'éventail et la portée des services offerts, les produits pharmaceutiques utilisés, etc.

g) La Commission permanente du secteur hospitalier

La « Commission permanente pour le secteur hospitalier » (CPH), qui exerce des fonctions consultatives auprès des Ministres de la Santé et de la Sécurité Sociale, a pour mission de donner son avis sur:

- les projets de plan hospitalier,
- l'aide financière accordée par l'État aux investissements hospitaliers,
- les modifications concernant les services hospitaliers (autorisations, réductions ou suppressions de services),
- les normes d'aménagement et d'organisation des établissements hospitaliers,
- les projets d'établissement et de modification du plan comptable hospitalier,
- et en général sur tout ce qui touche le secteur hospitalier.

Les partenaires sociaux, membres du comité directeur de la CNS, sont représentés au nombre de quatre à la CPH, deux représentants des assurés et deux représentants des entreprises. Par l'intermédiaire de la Commission Permanente pour les Hôpitaux, le département de la sécurité sociale et la CNS, les partenaires sociaux ont donc la possibilité d'exprimer leur opinion sur tout ce qui touche l'organisation d'activités hospitalières que la sécurité sociale est amenée à financer.

Or, le projet de loi prévoit de diminuer le nombre des représentants de la CNS à trois (dont le président de la CNS, donc de limiter les partenaires sociaux à un représentant des assurés et un représentant des entreprises) et d'augmenter le nombre des représentants du ministre de la santé et de la sécurité sociale de trois à quatre. La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers ne peuvent que s'opposer à la diminution de la prise d'influence des partenaires sociaux dans la procédure de consultation de l'organisation du secteur hospitalier alors que les assurés et entreprises, contributeurs de la CNS, devront supporter la majeure partie des dépenses.

III. Commentaire des articles

A. MODIFICATIONS APPORTEES AU CODE DE LA SECURITE SOCIALE (ARTICLE 1ER)

Concernant le point 1°

Le point 1 prévoit (i) d'introduire une condition de stage de six mois d'affiliation obligatoire à l'assurance maladie-maternité précédant immédiatement la perte de l'affiliation pour pouvoir être admis au régime de l'assurance maladie-maternité continuée ainsi que (ii) de réduire le délai pour la présentation de la demande en admission à l'assurance maladie-maternité continuée de six mois à trois mois.

Si la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers sont en mesure d'approuver l'introduction, à l'instar des exigences posées en matière d'octroi de l'indemnité pécuniaire de maladie et de maintien du droit à l'indemnité pécuniaire de maladie dans le cadre du contrat à durée déterminée, d'une condition de stage pour pouvoir être admis au régime de l'assurance maladie-maternité continuée, les deux chambres professionnelles relèvent que la réduction du délai pour la présentation de la demande en admission à l'assurance-maladie-maternité continuée, tout en manquant de précision quant au point de départ du délai de présentation, est conditionnée par l'information par le Centre commun de la sécurité sociale des assurés quant à leur désaffiliation.

Selon la formulation actuelle de l'article 2 alinéa 1 du CSS, la demande en admission à l'assurance-maladie-maternité continuée doit se faire endéans un certain délai « suivant la perte de l'affiliation ». Or, il échait de constater dans la pratique que le Centre commun de la sécurité sociale n'informe les assurés de leur désaffiliation qu'avec un certain retard et généralement plus de trois mois après ladite désaffiliation. Imposer partant aux assurés de demander le maintien de leur assurance endéans les trois mois de leur désaffiliation risque de poser des problèmes lorsque les assurés ne sont pas informés de leur désaffiliation. Le manque d'information est d'autant plus exacerbé dans les situations où la désaffiliation est automatique, notamment en cas de cessation de plein droit du contrat de travail après l'écoulement de la période de 52 semaines d'incapacité de travail en vertu de l'article L. 125-2 du Code du travail. Cette problématique est encore accentuée par le maintien de la prise en charge des soins de santé pendant le mois en cours et les trois subséquents suite à la désaffiliation.

Il convient partant de préciser à partir de quel moment la perte de l'affiliation est effective, le cas échéant conditionner la désaffiliation par une information adressée à l'assuré.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers réfutent l'argument des auteurs du projet de loi de réduire le délai de présentation pour éviter « l'accumulation d'une dette de cotisation de 6 mois que l'assuré volontaire est souvent incapable de régler » alors que le réel problème se situe au niveau de l'information adressée aux assurés par le Centre commun de la sécurité sociale.

Concernant le point 2°

Le point 2 vise à reformuler l'objet de l'assurance maladie-maternité décrit à l'article 8 du CSS afin de tenir compte de l'intégration des frais de maternité dans le régime général de l'assurance malade-maternité.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers renvoient à leurs observations formulées contre l'intégration des prestations de maternité dans le régime général développées à l'endroit du point 19. Elles notent également que l'objet de l'assurance maladie-maternité sera notamment de participer à des mesures de médecine préventive. Si la médecine préventive est nécessaire et trouve l'entier appui des deux chambres professionnelles, il convient de relever que les auteurs du projet de loi tentent de faire intégrer les frais y relatifs dans le budget de la CNS, alors que ces mesures relèvent pour l'instant de la compétence du Ministère de la Santé, partant du budget de l'État.

Si les deux chambres professionnelles peuvent approuver le fait pour la CNS de se voir confier une compétence en matière de médecine préventive, elles ne sauraient en aucune façon accepter un transfert de la charge financière.

Concernant les points 3° et 4°

L'objet des points 3 et 4 est de reformuler les articles 10 alinéa 1 et 12 alinéa 1 à la lumière de la terminologie utilisée au sein du nouvel article 29 relatif à l'introduction d'un seul taux de cotisation pour l'assurance maladie-maternité.

Ces modifications terminologiques n'appellent pas de commentaire particulier, sous réserve des observations formulées à l'encontre du taux de cotisation à l'endroit du point 17.

Concernant le point 5°

Le point 5 vise à moderniser et élargir l'énumération à l'article 17 du CSS des soins de santé pris en charge par la CNS.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010, le neuvième point de l'article 17, visant la prise en charge des frais de séjour hospitaliers en cas de maladie et accouchement, a été modifié pour éviter une interprétation erronée dans le contexte d'une prise en charge ambulatoire, laquelle fait l'objet d'un nouvel alinéa.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers, sous réserve des observations formulées contre l'intégration des prestations de maternité dans le régime général à l'endroit du point 19, approuvent la reformulation de l'article 17 du CSS mais en appellent au législateur à s'assurer (i) que la nouvelle terminologie n'ouvre droit à des nouvelles prestations non prises en charge aujourd'hui et (ii) que l'intégralité des prestations figurant actuellement à l'article 26 du CSS soient bien visées par la liste de l'article 17, notamment en ce qui concerne les produits diététiques pour nourrissons.

Concernant le point 6°

Le point 6 entend restreindre le principe général du libre choix du prestataire en imposant à l'assuré de recourir aux services et soins dispensés dans les centres de compétences et les filières de soins intégrées, tels que définis dans la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

Le point 6 a été supprimé par les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers déplorent que, sous la pression de certains organes de représentation, les amendements gouvernementaux aient supprimé la restriction au libre choix du prestataire si des centres de compétences et les filières de soins intégrées sont mis en place. Aux yeux des deux chambres professionnelles, le rôle du médecin référent est de guider le patient dans un souci de soins effectifs et de rationalisation des coûts. Réorienter les patients vers les filières de soins et les centres de compétences semble une mesure proportionnelle à permettre une restriction au principe du libre choix du prestataire de soins.

Concernant le point 7° du projet de loi initial

Le point 7 entend élargir les possibilités de prise en charge de maladies non inscrites dans la nomenclature en remplaçant à l'article 19 alinéa 3 les termes de « pathologies inhabituelles » par « cas graves et exceptionnels ».

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers sont en mesure de marquer leur accord à cet élargissement de pathologies prises en charge mais suggèrent de remplacer la condition cumulative des « cas graves et exceptionnels » par la condition alternative des « cas graves *ou* exceptionnels ». Cela permettra au comité-directeur de continuer d'approuver la prise en charge de pathologies inhabituelles mais qui ne revêtent pas nécessairement les conditions cumulées de gravité et d'exceptionnalité.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers relèvent que le texte coordonné proposé par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale fait apparaître que le terme « graves » est biffé alors même qu'aucun amendement parlementaire ne vise à supprimer cette condition de gravité. Partant, les deux chambres professionnelles s'interrogent s'il s'agit d'une erreur de mise en page ou si la Commission parlementaire entend donner suite à la recommandation du Conseil d'État.

Concernant le point 8° du projet de loi initial

Le point 8 consacre un nouvel article 19bis au médecin référent. Le rôle du médecin référent, auquel l'assuré recourt librement, est d'assurer le premier niveau de soins et de coordonner les soins administrés à l'assuré, par le biais du nouveau dossier de soins partagé, et être ainsi en mesure d'éviter la surconsommation de médicaments ou de détecter les contre-indications, tout en assurant des soins de prévention. Un règlement grand-ducal doit fixer les qualifications, les droits et obligations du médecin référent.

Les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 (i) précisent le rôle du médecin référent en ce qui concerne l'information du patient des risques liés aux doubles emplois, la surconsommation et les effets secondaires des médicaments et (ii) suppriment l'exigence que les qualifications, les droits et obligations du médecin référent soient fixées par voie de règlement grand-ducal, ceux-ci étant régis par voie conventionnelle conformément à l'amendement gouvernemental n° 14.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010, (i) le terme « d'information » du patient des risques liés aux doubles emplois, la surconsommation et les effets secondaires des médicaments a été remplacé par le terme « sensibilisation » et (ii) il est précisé que le règlement grand-ducal devra également prévoir les modalités de remplacement du médecin référent en son absence.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers saluent l'introduction du médecin référent, mais sous la condition qu'il n'en résulte pas un dédoublement d'actes ni une augmentation des coûts.

Concernant le point 9° du projet de loi initial

Le contenu de l'actuel article 21 relatif au dossier médical des patients faisant l'objet d'une refonte dans le cadre des nouvelles dispositions prévu par le présent projet de loi eu égard au nouveau dossier de soins partagé, les auteurs du projet de loi proposent que l'article 21 reproduise le contenu de l'actuel alinéa 1 de l'article 22 du CSS.

Cette modification n'appelle pas de commentaire particulier.

Concernant le point 10° du projet de loi initial

Le nouvel article 22 reprend le contenu des alinéas 2 à 8 de l'article 22 et celui des alinéas 5 et 6 de l'article 47, afin de regrouper au sein d'un article dédié toutes les dispositions relatives à la liste positive des médicaments.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers regrettent que le règlement grand-ducal devant préciser les critères et déterminer la procédure relative à l'inscription d'un médicament sur la liste positive n'ait été mis à disposition des chambres professionnelles. Il convient en effet de relever qu'un certain nombre de points n'aient été abordés dans le cadre du présent projet de loi, notamment les modalités de la répartition des médicaments entre ceux étant quasi intégralement remboursés et ceux présentant un intérêt modéré dans la pratique médicale courante, ou encore le fait qu'il faille recourir à des experts de l'étranger pour l'établissement de la liste positive.

Concernant le point 11° du projet de loi initial

La réforme des soins de santé entend accroître le recours aux médicaments de substitution, d'égale qualité que le médicament original dont le brevet est expiré, mais moins onéreux. Le point 11 prévoit les modalités d'établissement et de maintien à jour des listes de groupes de médicaments de substitution, sur base desquelles une base de remboursement, applicable à tous les médicaments à même principe actif principal, est fixée. Les auteurs du projet de loi souhaitent également imposer au pharmacien l'obligation de proposer à l'assuré le médicament de substitution le moins cher du même groupe, alors qu'à ce jour le pharmacien est légalement tenu de fournir au patient les médicaments prescrits par le médecin.

Les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 (i) effectuent une adaptation terminologique de pure forme à l'alinéa 2 de l'article 22bis et (ii) biffent la mention de ce que le montant de la base de remboursement doive être publiée au Mémorial.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers accueillent favorablement la nécessité de prévoir un dispositif obligeant les assurés à recourir, par principe, aux médicaments de substitution. Il apparaît en effet que la surconsommation médicamenteuse et le recours automatique aux médicaments brevetés débouchent tant sur un volume important de déchets qu'un sentiment de « gaspillage » financier.

En ce qui concerne l'obligation imposée au pharmacien de proposer à l'assuré le médicament de substitution le moins cher du même groupe, les deux chambres professionnelles s'interrogent s'il ne serait pas envisageable d'accompagner cette obligation par la possibilité donnée au pharmacien, à l'image de certains pays nordiques et du Royaume-Uni, d'effectuer un reconditionnement afin de donner à l'assuré le nombre nécessaire de médicaments. Si cette mesure ne devait pas être suivie, il conviendrait pour le moins à réfléchir à une réforme de la loi sur les médicaments en vue de réaliser une réduction du volume des conditionnements de médicaments. De telles possibilités viseront tant à réduire le nombre de médicaments vendus, et donc des déchets, que de leur emballage, ce qui influe toute la chaîne de production et de transport, résultant in fine en une réduction des coûts et de l'impact écologique.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers s'interrogent également sur l'hypothétique mise en jeu de la responsabilité thérapeutique d'un médecin ayant prescrit un médicament breveté alors que le patient aura choisi de recourir au médicament de substitution. Le patient ne perdra-t-il pas un droit de recours ?

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers relèvent que le texte coordonné proposé par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale fait apparaître le premier alinéa de l'article 22bis en italique, conformément à la proposition du Conseil d'État alors qu'aucun amendement parlementaire ne vise à modifier le libellé dudit alinéa. Partant, les deux chambres professionnelles s'interrogent s'il s'agit d'une erreur de mise en page ou si la Commission parlementaire entend donner suite à la proposition du Conseil d'État.

Concernant le point 12° du projet de loi initial

Le point 12 prévoit de transférer la compétence pour la fixation du prix public des médicaments du ministre de l'Économie au ministre de la Sécurité sociale.

Les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 ont redressé une erreur de renvoi.

Bien que cette modification n'appelle pas de commentaire particulier, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers estiment qu'il faut veiller à ce que le Ministère de la Sécurité sociale se tienne à la législation générale en matière de prix afin d'éviter une distorsion d'application de cette législation qui relève de la compétence du Ministère de l'Économie. Les deux chambres professionnelles regrettent que le règlement grand-ducal devant déterminer les critères, les conditions et la procédure à la fixation du prix public des médicaments n'ait été mis à disposition des chambres professionnelles.

Concernant le point 13° du projet de loi initial

Le point 13 complète les possibilités de sanctions envisageables à l'égard d'assurés dont la consommation de prestations est considérée comme abusive par l'avertissement et la domiciliation auprès d'un prestataire déterminé. De plus, l'article 23 alinéa 2 prévoit désormais formellement l'obligation pour l'assuré de restituer les prestations indûment touchées.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers saluent le renforcement des sanctions à l'égard des assurés qui abusent de prestations, moyens qui visent une finalité protectrice de l'assuré tout en diminuant les coûts.

Concernant le point 14° du projet de loi initial

Le point 14 reformule les situations dans lesquels les frais des soins de santé sont directement pris en charge par la CNS sur base du tiers payant dit « généralisé » et introduit le tiers payant social, c'est-à-dire la prise en charge directe des frais pour soins de santé des personnes à faibles revenus.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010, (i) les termes « analyses médicales de biologie clinique » ont été remplacés par les termes « analyses de biologie médicale » et (ii) l'exception de prise en charge directe des honoraires médicaux est réintroduite à l'article 24 du CSS.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers sont défavorables à l'idée de gratuité des services de santé véhiculée auprès des assurés par l'extension des prestations couvertes par le tiers payant généralisé.

En ce qui concerne l'introduction d'un système de tiers payant à vocation sociale, les deux chambres professionnelles ne peuvent marquer leur accord que dans la mesure où le cercle de bénéficiaires soit clairement défini par les statuts de la CNS, que les prestataires de soins de service ne reçoivent une contrepartie financière pour « service rendu » et qu'un contrôle strict et efficace soit mis en place afin d'éviter les abus. Les deux chambres professionnelles renvoient également à leurs remarques critiques faites à l'encontre du maintien des agences de la CNS et développées dans les considérations générales du présent avis. En tout état de cause, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers félicitent les auteurs du projet de loi d'avoir prévu l'information périodique des assurés bénéficiaires du tiers payant généralisé et social quant au coût relatif aux prestations qui leur ont été servies.

Concernant le point 15° du projet de loi initial

Suite à l'intégration des prestations de maternité dans les soins de santé pris en charge par la CNS, tels que listés au nouvel article 17, l'article 26 est abrogé.

Cette abrogation n'appelle pas de commentaire particulier, sous réserve de l'observation formulée au sujet du contenu de l'article 26 à l'endroit du point 5 de l'article 1er du présent projet de loi.

Concernant le point 16° du projet de loi initial

La réforme du système de soins de santé modifie le système de financement actuel de l'assurance maladie-maternité qui se fera dorénavant uniquement par voie de cotisations dues pour les assurés, les employeurs et l'État. Partant, le contenu de l'alinéa 2 de l'article 28 du CSS est adapté en renvoyant au taux de cotisation visé à l'article 29 (pour les assurés et employeurs) et le taux de cotisation visée à l'article 31 (en ce qui concerne l'État).

La reformulation de l'article 28 du CSS n'appelle pas de commentaire particulier, sous réserve des observations formulées à l'encontre du taux de cotisation à l'endroit du point 17.

Concernant le point 17° du projet de loi initial

En raison de l'intégration des prestations de maternité dans les soins de santé pris en charge par la CNS, le point 17 reformule le contenu de l'article 29 du CSS, tout en maintenant la distinction entre les taux de cotisations finançant les soins de santé et l'indemnité pécuniaire de maladie.

En ce qui concerne le financement des prestations en nature, le projet de loi entend y contribuer par le biais d'un taux s'appliquant à l'assiette de cotisation visée au nouvel article 33 du CSS et que les auteurs de projet de loi justifient comme étant *« globalement au niveau de celui pour soins de santé actuel (fixé à 5,4 %). ».*

En ce qui concerne le financement des prestations en espèces, la formulation proposée vise à appliquer le même taux de cotisation à l'assiette constituée par le revenu professionnel visé aux articles 34 à 37 du CSS. Ce taux est toutefois majoré de 0,5 % pour les assurés ayant droit aux prestations en espèces, majoration qui reste partant inchangé par rapport à la situation actuelle.

Il semble aux yeux de la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers que la formulation proposée de l'alinéa 2 de l'article 29 du CSS entraîne une incohérence en ce que le taux de cotisation déterminé s'applique doublement ; une première fois sur l'assiette de l'article 33 pour financer les prestations en nature et une deuxième fois sur le revenu professionnel pour financer les prestations en espèce, majoré de 0,5% pour certains assurés. A supposer que le taux de cotisation soit de 5,6%, la formulation actuelle vise à appliquer le taux de 5,6% sur l'assiette de l'article 33 du CSS et en plus à appliquer le taux de 5,6%, éventuellement majoré de 0,5% (soit 6,1%), sur le revenu professionnel. Afin d'éviter une insécurité juridique sur ce point, les deux chambres professionnelles suggèrent de reformuler la proposition d'article 29 alinéa 2.

Les deux chambres professionnelles s'opposent à la terminologie de « taux unique de cotisation » alors que l'observation qui précède met en évidence que les risques couverts nécessitent des taux différents : le taux normal pour le financement des prestations en nature et le taux majoré pour le financement des prestations en espèce. Suite à l'intégration des prestations (tant en nature qu'en espèce) de maternité, elles estiment qu'il conviendrait même de se pencher sur la possibilité d'un troisième taux de cotisation. En effet, la maternité ne constitue pas une maladie et partant requiert d'être abordée différemment des prestations de maladie, du moins budgétairement afin de maintenir une transparence entre les coûts des différentes prestations. La réflexion d'une création d'une troisième branche d'assurance mériterait d'être menée.

Concernant le point 18° du projet de loi initial

Le point 18 constitue une adaptation formelle de l'article 30 du CSS résultant du changement apporté à l'article 29 alors que dorénavant un seul taux de cotisation doit être fixé.

L'adaptation terminologique ne soulève pas de commentaire particulier, sous réserve des observations formulées à l'encontre du taux de cotisation à l'endroit du point 17.

Concernant le point 19° du projet de loi initial

En raison de l'intégration des prestations de maternité dans le régime général de l'assurance maladie-maternité, les auteurs de projet de loi fixent à 40 % le taux global de participation de l'État au budget de l'assurance maladie-maternité en remplacement des taux de prise en charge actuels, à savoir 37 % des cotisations pour les soins de santé, 29,5 % des cotisations dues au titre des indemnités pécuniaire de maladie et 100 % par voie de financement direct des prestations de maternité et des prestations dues au titre d'un congé pour raisons familiales.

Les auteurs du projet de loi justifient la diminution de la participation financière de l'État, passant de 41,2% en 2009 à 40% à partir de 2011, par la limitation future de la croissance des dépenses et une augmentation du taux de cotisation à charge des assurés et des employeurs.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers s'opposent avec véhémence tant à l'intégration des prestations de maternité dans le régime général de l'assurance maladie-maternité qu'à la diminution de la participation financière de l'État, les auteurs du projet de loi ne justifiant ces propositions que par des considérations financières allégeant le budget de l'État. Les deux chambres professionnelles ne peuvent que réfuter une approche purement comptable consistant à transférer le coût des prestations de maternité aux assurés et employeurs et exigent de l'État qu'il continue à financer intégralement l'assurance maternité par le biais du budget de l'État, le cas échéant si cette mesure devait être maintenue dans le projet de loi, qu'il maintienne sa participation financière de manière à neutraliser l'impact financier de la présente réforme.

Aux yeux des deux chambres professionnelles, la proposition de désengagement financier de l'État manque de légitimité alors que l'objectif de réduction des coûts n'est qu'au stade de pure spéculation. Partant, il conviendrait de négocier une éventuelle baisse de la cotisation de l'État au vu d'un bilan constatant une baisse globale des dépenses, ce qui éviterait de faire supporter aux seuls assurés et employeurs le maintien, voire l'augmentation du volume de dépenses à l'avenir. Pareillement, il doit être réfléchi aux moyens envisageables pour mieux contrôler les cas de dispense automatique de travail des femmes enceintes et/ou la mise en maladie systématique, la grossesse n'étant pas une maladie et ne justifiant dès lors pas, dans la majorité des situations, un arrêt de travail. Une dispense de travail requiert en effet que l'employeur réorganise ses services, le cas échéant pourvoie à un remplacement d'effectif, décisions qui sont rendues difficiles par le départ du jour au lendemain des femmes enceintes.

Concernant le point 20° du projet de loi initial

Le point 20 vise à modifier, voire corriger certaines dispositions de l'article 32 du CSS concernant la prise en charge des cotisations dues par les assurés et/ou les employeurs.

Si les points a), b), c) et e) de l'article 32 du CSS sont mis en conformité avec les dispositions de certaines lois spéciales, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers relèvent que le projet de loi vise à transférer la charge des cotisations d'assurance-maladie des étudiant et personnes en formation professionnelle, actuellement pris en charge par l'État lorsqu'ils ne sont pas assurés à un autre titre, aux personnes concernées. Les auteurs du projet de loi justifient cette décision par le fait que suite à l'implémentation d'une université au Luxembourg, cette mesure prendrait une autre envergure financière que celle imaginée par le législateur.

Les deux chambres professionnelles sont horrifiées par le souci du Gouvernement de rechercher à faire des économies sur le dos des étudiants et personnes en formation professionnelle, proposition qui engendrera nécessairement une précarisation du statut d'étudiant. Cette mesure est d'autant moins concevable par les deux chambres professionnelles que le signal donné par le Gouvernement est de prélever des cotisations sociales auprès des étudiants et personnes en formation professionnelle, tranche de population qui fait des efforts d'éducation et de formation pour intégrer la vie active et *in fine* contribuer au budget de l'État, tout en continuant à chouchouter les jeunes inactifs qui se prélassent aux frais de la société.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers se désolidarisent totalement de cette façon de concevoir une réduction des dépenses ou une augmentation des recettes pour pallier à moyen et long terme au déficit de la sécurité sociale.

Concernant les points 21° et 22° du projet de loi initial

Suite à l'introduction d'un seul taux de cotisation à l'endroit de l'article 29 du CSS, le point 21 adapte le contenu de l'article 33 du CSS en y transférant le contenu de l'actuel article 38.

Cette modification n'appelle pas de commentaire particulier, sous réserve des observations formulées à l'encontre du taux de cotisation à l'endroit du point 17.

Concernant le point 23° du projet de loi initial

Comme les prestations de maternité et les prestations dues au titre d'un congé pour raisons familiales sont intégrées dans le régime général de l'assurance maladie-maternité, l'article 40, prévoyant leur prise en charge par l'État, est abrogé.

Cette abrogation ne soulève pas d'observation, sous réserve des observations formulées contre l'intégration des prestations de maternité dans le régime général à l'endroit du point 19.

Concernant le point 24° du projet de loi initial

Suite à l'intégration de l'indemnité pécuniaire de maternité dans les prestations en espèces financées par la CNS, la terminologie de l'article 43 concernant le remboursement de cotisations est adaptée en remplaçant le terme « indemnité pécuniaire de maladie » par le terme « prestations en espèces ».

Cette adaptation terminologique n'appelle pas de commentaire particulier, sous réserve des observations formulées contre l'intégration des prestations de maternité dans le régime général à l'endroit du point 19.

Concernant le point 25° du projet de loi initial

Au vu de l'intégration du forfait de maternité et du congé pour raisons familiales dans le régime général de l'assurance maladie-maternité, ces prestations sont biffées de l'alinéa 4 de l'article 46 CSS.

Cette adaptation terminologique n'appelle pas de commentaire particulier, sous réserve des observations formulées contre l'intégration des prestations de maternité dans le régime général à l'endroit du point 19.

Concernant le point 26° du projet de loi initial

Le point 26 propose, en raison de la réforme des missions et procédures de la Commission de surveillance opérée par les points 42 à 45 de l'article 1er du projet de loi, de reformuler les compétences et procédures applicables aux litiges opposant les assurés et prestataires à la CNS au sein de l'article 47 du CSS.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010 et suite à l'opposition formulée par le Conseil d'État, l'article 47 du CSS actuel a été, à quelques exceptions près, réinstauré.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers estiment, conformément à leurs observations développées au sujet du manque de concept global de gouvernance dans le présent projet de loi, qu'une éventuelle réforme des missions et procédures de la Commission de surveillance doit être opérée en prenant en compte les modifications devant être apportées aux autres institutions de l'assurance maladie.

Concernant le point 27° du projet de loi initial

Suite à l'intégration du forfait de maternité dans les soins de santé listés à l'article 17 du CSS, la mention de cette prestation dans l'article 48 est biffée.

Cette adaptation terminologique ne soulève pas d'observation sous réserve des observations formulées contre l'intégration des prestations de maternité dans le régime général à l'endroit du point 19.

Concernant le point 28° du projet de loi initial

Le point 28 vise, par parallélisme au nouvel alinéa 2 de l'article 47, à appliquer aux assurés des caisses de maladie publiques la procédure contentieuse opposant un assuré à la CNS au sujet d'un tarif.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010, par parallélisme de la modification apportée par amendement parlementaire à l'endroit de l'article 47 du CSS, l'article 52, alinéa 2 du CSS reprend sa teneur actuelle.

Cette modification n'appelle pas de commentaire particulier.

Concernant le point 29° du projet de loi initial

La réforme du système des soins de santé vise à moderniser la budgétisation du secteur hospitalier. Le point 29 précise à l'article 60 du CSS le type d'établissements hospitaliers auxquels s'applique le financement budgétaire ainsi que les actes médicaux continuant à être rémunérés suivant la nomenclature des prestations de soins.

Cette modification n'appelle pas de commentaire particulier.

Concernant le point 30° du projet de loi initial

Le point 30 introduit un nouvel article 60bis au CSS relatif aux modalités de communication de données médicales en regroupant les dispositions de l'ancien article 21.

Les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 biffent la mention relative à la transmission et la circulation des données médicales du champ d'application du futur règlement grand-ducal afin que les modalités y applicables soient décidées par voie conventionnelle.

Cette modification n'appelle pas de commentaire particulier.

Concernant le point 31° du projet de loi initial

Le nouvel article 60ter vise la mise en place d'une « Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé » sous la forme d'un groupement d'intérêt économique. L'Agence a pour mission principale la réalisation, l'exploitation et la gestion administrative et technique d'une plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé, comportant entre autres le dossier de soins partagé, et sera financée à raison de deux tiers par la CNS et un tiers par l'État.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010 et sur recommandation de la Commission nationale de protection des données, la liste des missions de l'Agence a été complétée par un point 5) dédié à la communication envers les patients et les prestataires sur le fonctionnement du dossier de soins partagés et la plateforme électronique.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers saluent la mise en place d'une Agence qui s'occupera notamment des aspects techniques permettant l'établissement d'un dossier de soins partagé. Les deux chambres professionnelles s'interrogent toutefois sur la pertinence de la répartition du financement de l'Agence à raison de deux tiers par la CNS et un tiers par l'État alors que certaines missions qui incombent à cette nouvelle institution relèvent de l'intérêt de l'État et non de celui de l'assurance maladie-maternité ou encore que des missions actuellement intégralement prises en charge par l'État soient affectées à l'Agence (projet eSanté). Aussi, imposer le financement de telles missions à raison de deux tiers par la CNS, donc des assurés et des employeurs, constitue un transfert déguisé d'une charge financière et ne peut trouver l'accord des deux chambres professionnelles.

Partant la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers exigent que la répartition financière des frais de fonctionnement de l'Agence soit modifiée dans le présent projet de loi ou que cette répartition soit négociée entre partenaires sociaux associés au GIE. Il convient en effet de relever que de nombreuses zones d'ombres persistent quant au fonctionnement et la structure de l'Agence, notamment en termes de personnel (nouvelles embauches ? fonctionnaires réaffectés ?) et de gestion journalière.

Concernant le point 32° du projet de loi initial

Le projet de loi entend introduire le dossier de soins partagé dans un nouvel article 60quater qui regroupe les données médicales et autres informations concernant le patient, afin de permettre une meilleure coordination des soins de santé ainsi qu'une utilisation efficiente des services de soins.

Les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 (i) retirent le Contrôle médical de la sécurité sociale et les officiers de police judiciaire de la Direction de la Santé de la liste des personnes et organes autorisés à accéder au dossier de soins partagé, (ii) précisent que tout patient à un droit d'accès à son dossier de soins partagé et (iii) ajoutent le Laboratoire national de santé parmi les organes s'échangeant des informations rendues anonymes à des fins statistiques ou épidémiologiques.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010 et suite aux avis de la Commission nationale de protection des données et du Conseil d'État, le contenu de l'article 60quater a été complété en vue de préciser (i) le caractère secret du contenu du dossier de soins partagé, (ii) l'information des patients sur l'identité des personnes accédant leur dossier et que l'avis de la Commission nationale de protection des données sera demandé en ce qui concerne les mesures nécessaires pour assurer un niveau élevé de sécurité de la plateforme électronique. La possibilité pour la direction de l'établissement hospitalier d'accéder au dossier de soins partagé à des fins de gestion de risques et de qualité a également été biffée.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers saluent l'introduction d'un dossier de soins partagé par la présente réforme et les précisions relatives au secret des données qui y ont été intégrées par amendement, mais relèvent que les discussions à ce sujet sont menées en vain depuis de nombreuses années et que le projet de loi ne précise pas un calendrier contraignant pour la mise en place dudit dossier de soins partagé. Il est partant permis de s'interroger endéans quel délai le Gouvernement entend mettre en place le dossier de soins partagé dont le but est de contribuer à la baisse des dépenses en matière de soins de santé. A ce sujet, elles regrettent que le règlement grand-ducal devant préciser les modalités d'établissement et la forme des informations et des documents à verser au dossier de soins partagé n'ait été mis à disposition des chambres professionnelles.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers s'interrogent également si le droit des patients de s'opposer purement et simplement au partage de données le concernant ne constitue pas une brèche pouvant mettre en péril l'utilité du dossier de soins partagé, les prestataires de soins devant alors travailler sans informations. Aussi, les deux chambres professionnelles proposent de limiter le droit à l'opposition du patient en exigeant par exemple du patient qu'il doive motiver sa demande d'opposition au préalable auprès de l'Agence nationale des informations partagées.

Les deux chambres professionnelles déplorent le retrait par amendement gouvernemental du Contrôle médical de la sécurité sociale de la liste des institutions ayant accès au dossier de soins partagé, cet accès n'étant possible que sur demande. La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers sont conscientes du fait que le dossier de soins partagé est un outil couvert par le secret médical à disposition uniquement du patient et des prestataires auxquels il recourt. Les deux chambres professionnelles sont pourtant d'avis que rien ne s'oppose à ce que le Contrôle médical de la sécurité sociale continue à pouvoir accéder, sur demande, aux informations relatives aux patients afin de pouvoir remplir ses missions.

Concernant le point 33° du projet de loi initial

Le point 33 vise à reformuler le point 3 de l'alinéa 2 de l'article 61 afin de préciser que la CNS n'est pas obligée de conclure des conventions distinctes pour chacune des professions de la santé.

Cette modification terminologique n'appelle pas de commentaire particulier.

Concernant le nouveau point 34° inséré par amendement gouvernemental adopté en date du 12 novembre 2010

En raison de l'intégration du centre d'accueil pour personnes en fin de vie dans le plan hospitalier qui est de ce fait financé par la voie du budget hospitalier, les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 proposent de le biffer de la liste des prestataires de soins extrahospitaliers avec lesquels une convention doit être conclue, conformément à l'article 61 du CSS.

Cette modification de terminologie ne soulève pas d'observation.

Concernant le point 34° du projet de loi initial

Le projet de loi complète la liste dressée par l'article 64 relatif au contenu des conventions conclues d'une part entre la CNS et les prestataires de soins et entre la CNS et les pharmaciens d'autre part. Le point 34 introduit notamment (i) l'obligation conventionnelle pour les médecins et médecins-dentistes de prescrire un seuil minimal de médicaments de substitution et de s'abstenir de prescrire des prestations inutilement onéreuses ainsi que (ii) l'obligation pour les prestataires de soins constitués sous forme de personne morale de tenir une comptabilité standardisée.

Les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 prévoient de maintenir les libellés actuels

- du point 1) de l'alinéa 1 de l'article 64 relatif à la transmission de données médicales entre entités ;
- du point 2 de l'alinéa 2 de l'article 64, abandonnant ainsi l'obligation conventionnelle des médecins de s'abstenir de prescrire des prestations inutilement onéreuses ; et
- du point 6 de l'alinéa 2 de l'article 64, renonçant ainsi à la possibilité d'évaluer d'éventuelles déviations constatées dans les rapports d'activités des prestataires de soins.

Les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 prévoient également, en lien avec les amendements relevés à l'endroit de l'article 8 du CSS, de compléter le point 9 de l'alinéa 2 de l'article 64 afin de voir les exigences relatives aux qualifications, droits et obligations du médecin référent fixées par voie conventionnelle.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers approuvent l'élargissement du contenu des conventions conclues entre la CNS et les prestataires de soins mais regrettent le retrait par amendement gouvernemental, sous la pression de certains partenaires sociaux, de l'obligation pour les médecins de s'abstenir de prescrire des prestations inutilement onéreuses. Aux yeux des deux chambres professionnelles, cette obligation est un corollaire à l'incitation à la prescription de médicaments de substitution prévue par le présent projet de loi et permet de s'assurer que les médecins s'engageront, pour le moins moralement, à participer à la réduction des dépenses de soins de santé.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers relèvent que le texte coordonné proposé par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale fait apparaître (i) la suppression en italique des points 5) et 7) de l'alinéa 2 de l'article 64 du CSS, relatifs aux sanctions financières imposées à des prestataires violant les bonnes pratiques médicales respectivement au seuil minimal de prescription de médicaments de substitution, et (ii) l'insertion d'un point 7) relatif aux rapports avec le médecin référent, alors qu'aucun amendement parlementaire ne vise à supprimer, respectivement intégrer, ces éléments du contenu obligatoire des conventions conclues avec les médecins et médecins-dentistes. Partant, les deux chambres professionnelles s'interrogent s'il s'agit d'une erreur de mise en page ou si la Commission parlementaire entendait apporter des modifications à l'alinéa 2 de l'article 64.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers estiment enfin qu'il serait judicieux d'intégrer au sein de l'article 64 point 1) l'obligation conventionnelle d'informer préalablement les prestataires concernés des changements statutaires envisagés.

Concernant le point 35° du projet de loi initial

Le point 35 modernise l'établissement des coefficients des nomenclatures des prestations de soins en prenant en compte la durée, la compétence technique et l'effort intellectuel requis pour dispenser les soins, tenant ainsi compte de l'évolution de l'art médical ou du progrès technologique. Par ailleurs, la composition de la Commission de nomenclature est revue en renforçant la présence d'acteurs issus du domaine des soins de santé. Il est encore prévu que la Commission de nomenclature doive obligatoirement demander l'avis d'une Cellule d'expertise médicale créée par le point 36 de l'article 1er du projet de loi.

Les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 assouplissent la formulation de l'alinéa 10 de l'article 65 du CSS en donnant à la Commission de nomenclature la faculté de demander l'avis de la Cellule d'expertise médicale.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010 le libellé de l'article 65 du CSS a vu certaines adaptations terminologiques et la composition de la Commission de nomenclature revue.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers estiment, conformément à leurs observations développées au sujet du manque de concept global de gouvernance dans le présent projet de loi, qu'une éventuelle modification apportée à la composition de la Commission des nomenclatures doit être opérée en prenant en compte les modifications devant être apportées aux autres institutions de l'assurance maladie.

Concernant le point 36° du projet de loi initial

Le projet de loi institue une nouvelle Cellule d'expertise médicale ayant pour mission d'assister la Commission de nomenclature dans la mise à jour de la nomenclature des prestations de soins. La cellule d'expertise médicale est composée de façon pluridisciplinaire par des agents détachés par le Contrôle médical de la sécurité sociale, la Direction de la santé ou affectés par l'Inspection générale de la sécurité sociale. Le projet de loi institue également un Conseil scientifique du domaine de la santé qui a pour mission d'élaborer et de contribuer à la mise en œuvre de standards de bonnes pratiques médicales.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010 et suite aux recommandations du Conseil d'État, les standards de bonne pratique médicale sont définis et les modalités de collaboration entre la Cellule d'expertise et le Conseil scientifique précisés.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers estiment, conformément à leurs observations développées au sujet du manque de concept global de gouvernance dans le présent projet de loi, que la composition telle que proposée de la Cellule d'expertise médicale ne correspond pas à l'exigence d'efficience et d'expertise, la mission de ladite Cellule étant de conseiller la Commission de nomenclature.

Concernant le point 37° du projet de loi initial

L'article 66 du CSS prévoit les situations dans lesquelles un dépassement de tarif est envisageable. Le point 37 supprime la mention relative à la majoration des tarifs pour l'hospitalisation en première classe et introduit la possibilité de rembourser les frais d'utilisation d'un appareil forfaitairement, sans que ces forfaits ne soient indexés.

Les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 renoncent à la désindexation des actes liés à l'utilisation d'appareils.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers plaident en faveur d'une désindexation des forfaits pour frais d'utilisation d'un appareil, afin d'entraîner par conséquent un arrêt des adaptations automatiques desdites valeurs et en même temps un frein au remboursement multiple des appareils médicaux.

Concernant le point 38° du projet de loi initial

Dans la mesure où il est théoriquement possible que le mécanisme de la fixation de la lettre-clé puisse mener à une adaptation négative, le point 38 vise à remplacer le terme « revalorisation » par le terme « adaptation ».

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010, le point 38 est supprimé.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers ne s'opposent pas à la suppression du point 38 étant entendu que le terme « revalorisation » est à comprendre dans le sens de « fixation d'une valeur » qui peut le cas échéant entraîner une valeur inférieure.

Concernant les points 39° à 41° du projet de loi initial

Le projet de loi effectue une distinction entre les cas d'échec de la médiation dans le cadre de la fixation de la lettre-clé et celle relative aux conventions ; les premières relevant de la compétence du conseil supérieur de la sécurité sociale, dont la sentence arbitrale n'est susceptible d'aucune voie de recours, et les secondes étant tranchées par arrêté ministériel.

Les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 renoncent à la distinction opérée entre les cas d'échec de la médiation et donne compétence au seul conseil supérieur de la sécurité sociale pour arbitrer la médiation dans le cadre de la fixation de la lettre-clé et celle relative aux conventions.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers relèvent que le texte coordonné proposé par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale fait apparaître en italique le libellé de l'article 70 du CSS tel que souhaité par le Conseil d'État, y compris l'insertion d'un alinéa 2 du paragraphe 2 de l'article 70 prévoyant la fixation par règlement grand-ducal des dispositions obligatoires de la convention en cas d'échec de la médiation en matière conventionnelle, alors qu'aucun amendement parlementaire ne vise à intégrer ces modifications à l'endroit de l'article 70 du CSS. Partant, les deux chambres professionnelles s'interrogent s'il s'agit d'une erreur de mise en page ou si la Commission parlementaire entendait suivre les recommandations du Conseil d'État.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers approuvent les observations faites par le Conseil d'État mais estiment que l'éventualité d'un échec de médiation en matière conventionnelle ne doit pas être tranchée par le ministre.

Concernant les points 42° à 45° du projet de loi initial

Le projet de loi réforme les missions et procédures de la Commission de Surveillance en renforçant sa fonction d'investigation et de contrôle des prestataires ; les recours administratifs en matière de tarifs et de tiers payant relevant désormais de la compétence du président de la CNS, conformément aux dispositions du point 26 de l'article 1er du présent projet de loi.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010 et suite à l'avis du Conseil d'État, le libellé actuel des articles 72 et 72bis du CSS a été réinstauré et le droit d'inspection du directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale de l'article 73 supprimé. De plus, les mentions relatives au possible cumul des sanctions, la condamnation solidaire et la publication du jugement du conseil arbitral ont été biffées de l'article 73 du CSS.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers souhaitent préciser que la dénomination des juridictions compétentes pour traiter des recours est conseil arbitral, respectivement conseil supérieur des assurances sociales (et non conseil arbitral / supérieur *de la sécurité sociale*), tel que ces institutions sont dénommées à l'article 454 du CSS. Il convient partant de rectifier la terminologie dans l'intégralité du projet de loi.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers estiment, conformément à leurs observations développées au sujet du manque de concept global de gouvernance dans le présent projet de loi, qu'une éventuelle réforme des missions et procédures de la Commission de surveillance doit être opérée en prenant en compte les modifications devant être apportées aux autres institutions de l'assurance maladie.

Concernant le point 46° du projet de loi initial

La réforme du système de soins de santé envisage (i) l'introduction d'une enveloppe budgétaire globale biennale pour le secteur hospitalier en remplacement de l'enveloppe budgétaire individuelle annuelle pour chaque hôpital ainsi que (i) la mise en place d'une comptabilité analytique standardisée. Le point 46 prévoit également que les analyses effectuées par les laboratoires hospitaliers en milieu extrahospitaliers soient financés, à l'instar des laboratoires privés, en dehors du budget hospitalier.

Les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 effectuent une correction terminologique dans le cadre de la procédure d'établissement du rapport d'analyse prévisionnel traité à l'alinéa 1 de l'article 74 du CSS.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers relèvent que le texte coordonné proposé par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale fait apparaître en italique le libellé des alinéas 2 et 3 de l'article 74 du CSS tel que souhaité par le Conseil d'État, alors qu'aucun amendement parlementaire ne vise à intégrer ces modifications à l'endroit de l'article 74 du CSS. Partant, les deux chambres professionnelles s'interrogent s'il s'agit d'une erreur de mise en page ou si la Commission parlementaire entendait suivre les recommandations du Conseil d'État.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers notent que la compétence quant à la fixation des budgets hospitaliers est transférée par le projet de loi de la CNS vers l'Inspection générale de la sécurité sociale, respectivement le ministre. Les deux chambres professionnelles regrettent que les auteurs du projet de loi aient tranché en ce sens alors que, outre les 20% de dépenses d'investissement des infrastructures hospitalières financées par la CNS, les dépenses indirectes (dépenses de personnel notamment) découlant des décisions prises dans les budgets hospitaliers sont également prises en charge par la CNS. Les deux chambres professionnelles doivent partant s'opposer à une telle « étatisation » des décisions budgétaires du secteur hospitalier.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers regrettent également que le projet de loi reste muet quant à l'organe de la CNS qui est demandée en son avis (l'administration ou le comité-directeur ?) et demandent à ce que ce point soit éclairci.

Les deux chambres professionnelles demandent à ce qu'un contrôle ex-post soit introduit afin de permettre d'analyser la cohérence des budgets prévisionnels par rapport aux budgets effectifs. Aux yeux des deux chambres professionnelles, il convient de s'assurer que les budgets prévisionnels soient établis avec le plus de précision possible afin de garantir une cohérence à long terme entre les décisions prises et leur coût réel.

Concernant la débudgétisation des activités de laboratoires hospitaliers en ce qui concerne leurs analyses extrahospitalières, les deux chambres professionnelles peuvent marquer leur accord, tout en relevant que le projet de loi reste en défaut de prévoir les moyens de contrôle permettant de s'assurer de l'effectivité de cette mesure. Il importe en effet que les laboratoires hospitaliers opèrent une distinction entre les analyses qu'ils effectuent et les comptabilisent conformément au projet de loi en vue d'être affectés au budget hospitalier ou pris en charge tarifairement par la CNS.

Quant à l'argument des auteurs du projet de loi que cette mesure entraînera une mise à niveau concurrentielle entre les laboratoires hospitaliers et laboratoires privés au sujet des analyses extrahospitalières, les deux chambres professionnelles notent que le personnel et le matériel des laboratoires hospitaliers continueront à être pris en charge par le budget du secteur hospitalier. Partant, il convient de constater que la proposition du projet de loi n'entraîne nullement de mise en concurrence entre les laboratoires.

Concernant le point 47° du projet de loi initial

L'article 77 du CSS relatif au calendrier servant à l'établissement des budgets hospitaliers est adapté afin de tenir compte du mécanisme biennal de l'enveloppe budgétaire globale.

Il semble à la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers qu'une confusion soit faite au sujet de la composition de la commission des budgets hospitaliers dont la mission est de résoudre les litiges qui naissent dans le cadre de l'établissement du budget hospitalier. Comme la CNS n'est, au grand dam des deux chambres professionnelles, pas compétente dans l'établissement de l'enveloppe globale du budget hospitalier, la CNS ne peut être sérieusement mandatée par le ministre pour négocier une solution amiable avec un établissement hospitalier qui conteste le budget. Au vu des modifications apportées à l'article 74 du CSS, il semble logique que la composition de la commission des budgets hospitaliers soit également revue.

Concernant le point 48° du projet de loi initial

Suite à l'introduction par le présent projet de loi de la possibilité de rémunérer certaines prestations de soins par voie forfaitaire, le point 48 adapte le mécanisme de prise en charge mensuelle des frais variables des hôpitaux.

Cette adaptation ne soulève pas d'observation.

Concernant le point 49° du projet de loi initial

Afin de mieux cadrer l'application des budgets hospitaliers, le point 49 impose dorénavant à la CNS d'arrêter le décompte définitif au plus tard 12 mois après la fin de l'exercice en question.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers sont en mesure d'approuver cette échéance, mais souhaiteraient qu'il soit envisagé, dans le cadre d'un concept global de gouvernance de l'assurance maladie, qu'un réviseur externe et indépendant puisse être mandaté pour valider le décompte définitif.

Concernant le point 50° du projet de loi initial

Le point 50 précise que la prescription triennale, applicable en matière de salaires et à l'indemnité pécuniaire de maladie et de maternité, s'applique également au remboursement par la Mutualité des employeurs des charges salariales pendant la période de *Lohnfortzahlung*.

L'insertion de cette précision apporte une sécurité juridique et trouve l'approbation de la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers.

Concernant le point 51° du projet de loi initial

Dans la mesure où les attributions de la Commission de surveillance ont été réformées par le point 42° de l'article 1er du présent projet de loi et que dorénavant elle n'a plus de compétences en matière de recours administratifs, le point 51 entend adapter par parallélisme le contenu de l'article 146 alinéa 2 du CSS concernant les litiges opposant un prestataire de soins à l'Association d'assurance accident, lesquels seront désormais vidés par le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010, le point 51 est supprimé.

L'adaptation ne soulevait pas d'observation particulière.

Concernant le point 52° du projet de loi initial

Le point 52, à l'instar du point 20, vise à mettre l'article 150 du CSS en conformité avec la loi du 6 janvier 1996 sur la coopération au développement, laquelle prévoit que les cotisations d'assurance accident des coopérants sont prises en charge par l'État.

Cette mise en conformité n'appelle pas de commentaire particulier.

Concernant le point 53° du projet de loi initial

Le point 53 vise à supprimer la limite temporelle au 31 décembre 1998, prévue au point 7 de l'alinéa 1 de l'article 172 du CSS, afin de permettre à la personne ayant assuré des soins au bénéficiaire d'une allocation de soins prévue par la loi du 22 mai 1989, même après l'introduction de l'assurance dépendance, de bénéficier de la prise en compte de sa période d'assistance aux fins de parfaire le stage requis pour l'obtention de la pension vieillesse.

Si la suppression de la limite temporelle bénéficie aux personnes assurant des soins au bénéficiaire d'une allocation de soins prévue par la loi du 22 mai 1989, il apparaît à la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers que les auteurs du projet de loi font l'impasse sur les personnes visées au point 7 de l'alinéa 1 de l'article 172 du CSS et assurant des soins aux bénéficiaires (i) d'une allocation spéciale pour personnes gravement handicapées au titre de la loi modifiée du 16 avril 1979 et (ii) d'une majoration de la rente accident pour impotence ou d'une majoration de complément du revenu minimum garanti prévu par la loi modifiée du 26 juillet 1986.

Les deux chambres professionnelles relèvent que les lois du 16 avril 1979 et 26 juillet 1986 précitées ont été abrogées, mais que les bénéficiaires concernés ont pu continuer à percevoir les prestations afférentes même après l'abrogation desdites lois dans la mesure où l'assurance dépendance n'est pas intervenue. Partant, les personnes leur ayant dispensé une assistance mériteraient également de pouvoir faire valoir la période d'assistance aux fins de parfaire le stage requis pour l'obtention de la pension vieillesse.

S'agissant d'une question relative à la pension et non à l'assurance-maladie, il conviendrait que celle-ci soit traitée dans le cadre de la future réforme du système de pension luxembourgeois.

Concernant le point 54° du projet de loi initial

Le point 54, à l'instar des points 20 et 52, vise à mettre l'article 240 du CSS en conformité avec la loi du 6 janvier 1996 sur la coopération au développement, laquelle prévoit que les cotisations d'assurance pension des coopérants sont prises en charge par l'État.

Cette mise en conformité n'appelle pas de commentaire particulier.

Concernant le point 55° du projet de loi initial

Suite à la fusion des caisses de pension par la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique, les conditions et modalités d'application de l'article 246 du CSS concernant la répartition des recettes en cotisations sont établies par l'Inspection générale de la sécurité sociale.

Partant, le point 55 adapte le contenu de l'article 249 qui prévoit que les conditions et modalités d'application de l'article 246 devaient se faire via règlement grand-ducal.

Cette adaptation ne soulève pas d'observation.

Concernant le point 56° du projet de loi initial

Le point 56 vise à effectuer une rectification de renvoi fait par l'article 306 paragraphe 6 du CSS alors que les situations dans lesquelles l'indemnité de congé parental est suspendue sont plus nombreuses que la seule dispense de travail visée par l'article L.334-4 paragraphe 5 du Code du travail. Il est ainsi renvoyé à l'article 25 du CSS qui vise toutes les situations dans lesquelles l'indemnité pécuniaire de maternité est accordée.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers relèvent que cette adaptation formelle cache en réalité un transfert de charge financière de l'État vers la CNS, dans la mesure où jusqu'à présent les cotisations des bénéficiaires des prestations de maternité étaient prises en charge par l'État. Pour le surplus, les deux chambres professionnelles renvoient aux observations formulées à l'endroit du point 17 relatif à l'intégration des prestations de maternité dans le régime général.

Concernant le point 57° du projet de loi initial

Le point 57 opère une simple correction de renvoi à l'endroit de l'article 356 du CSS.

Cette rectification n'appelle pas de commentaire particulier.

Concernant le point 58° du projet de loi initial

Suite à l'insertion des soins palliatifs parmi la liste, dressée à l'article 17 du CSS, des soins de santé pris en charge par l'assurance maladie-maternité, le point 58 vise à biffer la référence faite à « la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie » à l'endroit de l'article 346 alinéa 4 du CSS, lequel prévoit le bénéfice des prestations d'assurance dépendance aux personnes en fin de vie.

Cette adaptation ne soulève pas d'observation.

Concernant le point 59° du projet de loi initial

Le point 59 entend élargir (i) la liste des prestations visées à l'article 350 alinéa 2 et (ii) la durée des prestations dispensées aux personnes bénéficiaires de soins palliatifs en supprimant à l'article 350 paragraphe 6 du CSS le renvoi à l'alinéa 1 de l'article 353, lequel prévoit la limitation à vingt-quatre heures et demies par semaine, respectivement trente-huit heures et demies par semaine des prestations en nature en cas de maintien à domicile de la personne bénéficiaire de soins palliatifs.

Les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 effectuent une rectification en réintégrant le renvoi à l'alinéa 1 de l'article 353 du CSS.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers approuvent cette mesure.

Concernant le point 60° du projet de loi initial

Le point 60, à l'instar des points 20, 52 et 54, vise à mettre l'article 377 alinéa 1 du CSS en conformité avec la loi du 6 janvier 1996 sur la coopération au développement, laquelle prévoit que les cotisations de contribution dépendance des coopérants sont prises en charge par l'État.

Cette mise en conformité n'appelle pas de commentaire particulier.

Concernant les points 61° à 63° du projet de loi initial

Par parallélisme avec la réforme des missions et procédures de la Commission de surveillance effectuée par les points 42 à 45 du projet de loi initial, les points 61 à 63 modifient dans le même sens les articles 393 et 393bis et introduisent un nouvel article 393ter.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010 et par parallélisme aux modifications apportées aux points 42 à 45, les articles 393 à 393ter du CSS sont amendés.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers estiment, conformément à leurs observations développées au sujet du manque de concept global de gouvernance dans le présent projet de loi, qu'une éventuelle réforme des missions et procédures de la Commission de surveillance doit être opérée en prenant en compte les modifications devant être apportées aux autres institutions de l'assurance maladie.

Concernant le point 64° du projet de loi initial

Afin de tenir compte des modifications apportées par le présent projet de loi, le point 64 vise à adapter les missions et attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale à l'article 418 du CSS et précise les modalités de sa collaboration avec la Caisse nationale de santé, la Commission de nomenclature et la Commission de surveillance.

Les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 effectuent une rectification de renvoi au point 6 de l'alinéa 2 de l'article 64 du CSS.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010, suite à l'avis du Conseil d'État, (i) les termes visant la constatation d'une éventuelle inobservation de bonnes pratiques médicales au point 9) de l'article 418 ont été biffés et (ii) le point 19) donnant mission au Contrôle médical d'instruire l'instruction du dossier portant saisine de la Commission de surveillance est supprimé.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers approuvent l'extension des missions du Contrôle médical de la sécurité sociale, mais doutent de l'effectivité des nouvelles missions. Les deux chambres professionnelles souhaitent se référer aux mesures adoptées dans le cadre de l'introduction du statut unique et permettant au Contrôle médical de vérifier l'état de santé d'un travailleur durant la période de *Lohnfortzahlung*. Bien que cette mission puisse être remplie par le Contrôle médical sur base des dispositions du CSS, il n'en reste pas moins que l'employeur reste tenu par les dispositions du Code du travail qui ne lui permettent pas de prendre des décisions à l'égard d'un salarié dont l'aptitude à reprendre le travail a été déclarée par le Contrôle médical.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers demandent au Gouvernement d'initier les réflexions visant à concilier le droit de la sécurité sociale et le droit du travail, ces domaines étant fortement liés.

Concernant le point 65° du projet de loi initial

Le point 65 vise à supprimer l'interdiction faite aux médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale par l'alinéa 1 de l'article 421 du CSS de s'immiscer dans les rapports du malade avec son médecin traitant alors que cette interdiction ne saurait être respectée en pratique.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010, le point 65 est supprimé.

Cette modification n'appelait pas d'observation.

Concernant le point 66° du projet de loi initial

Le point 66 a pour objet d'insérer à l'article 454, paragraphe 3, alinéa 6 du CSS une base légale au règlement grand-ducal du 9 décembre 2008 ayant pour objet la désignation des délégués des institutions et juridictions de sécurité sociale.

L'insertion d'une base juridique au règlement grand-ducal précité est approuvée par la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers.

Concernant les points 67° et 68° du projet de loi initial

Les points 67 et 68 visent à étendre le recours à la composition spéciale du Conseil arbitral et du Conseil supérieur de la sécurité sociale aux litiges de l'article 47, paragraphes 2, 4 et 6 opposant un assuré ou un prestataire à la CNS en matière de tarif, de restitution ou de décision individuelle.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010, les points 67 et 68 sont supprimés.

B. MODIFICATIONS APPORTEES A LA LOI MODIFIEE DU 28 AOUT 1998 SUR LES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS (ARTICLE 2)

Concernant le point 1° du projet de loi initial

Selon les auteurs, les modifications apportées par les points a) et c) à l'article premier de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers visent à tenir compte de la disparition des « foyers de réadaptation » qui ne font plus partie du secteur hospitalier mais qui sont exploités en milieu extrahospitalier. Par ailleurs, conformément au nouveau point 34° inséré par amendement gouvernemental adopté en date du 12 novembre 2010 à l'article 1er du présent projet de loi, une catégorie nouvelle d'établissements sera soumise à la loi hospitalière, à savoir les « établissements d'accueil pour personnes en fin de vie ». Le point b) par contre modifie légèrement la teneur du quatrième alinéa afin d'autoriser d'office tous les établissements hospitaliers à poursuivre une mission d'enseignement et de recherche en matière de santé.

Ces modifications n'appellent pas de commentaires particuliers.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers relèvent néanmoins que le texte coordonné proposé par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale fait apparaître en italique les modifications recommandées par le Conseil d'État à l'endroit de l'article premier de la loi modifiée du 28 août 1998 précitée, alors qu'aucun amendement parlementaire ne vise à intégrer ces modifications. Partant, les deux chambres professionnelles s'interrogent s'il s'agit d'une erreur de mise en page ou si la Commission parlementaire entendait suivre les recommandations du Conseil d'État.

Concernant le point 2° du projet de loi initial

L'importante refonte de l'article 2 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers est calquée sur l'ancien texte, tout en essayant, selon les auteurs du projet de loi sous rubrique, de faire « ressortir l'impératif de l'intégration du système hospitalier dans le système de santé national, nécessitant une planification coordonnée, notamment au sein de filières de soins intégrées ».

Aux dires des auteurs du projet de loi, la formulation proposée tient « *aussi mieux compte de la nouvelle structuration du plan hospitalier et souligne qu'il est nécessaire de considérer, dans l'intérêt de la santé publique et d'une utilisation efficiente des ressources, des impératifs d'activité médicale minimale et de favoriser certains modes de prise en charge préférentiels, notamment la nécessité de favoriser une prise en charge ambulatoire de certaines pathologies* ». Le plan hospitalier doit ainsi arrêter les modalités détaillées selon lesquelles sont classés les différents établissements hospitaliers et procéder au classement des établissements existants. En outre, il a pour objectif de procéder à la planification des services hospitaliers. Dans ce contexte, les nombres minimal et maximal de médecins par service pouvant être agréés peuvent être fixés, ceci dans un souci de pilotage du développement de l'offre hospitalière, en fonction des besoins du pays en services hospitaliers.

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

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers déplorent que l'article 2 sous rubrique fasse l'objet d'une reformulation assez floue qui en fin de compte ne permet pas de voir quels seront les potentiels de synergies et de spécialisation, voire les planifications coordonnées qui devraient en résulter à l'avenir.

Même si les deux chambres professionnelles approuvent l'idée formulée par les auteurs du texte d'intégrer, par le biais du plan hospitalier, le système hospitalier dans le système de santé national et de veiller à une utilisation efficiente des ressources, notamment en fonction des besoins du pays en services hospitaliers, l'article 2 ne donne pas satisfaction quant à l'orientation précise du plan hospitalier vers une véritable stratégie de rationalisation des structures, de spécialisation des services et de mise en commun des compétences et des ressources, aboutissant à une réelle complémentarité entre les structures et une réduction des dépenses en général.

Il y a donc lieu de préciser la formulation de l'article 2 concerné et de remettre en question toutes les structures et services hospitaliers existants et, le cas échéant, réduire leur nombre.

Aussi les deux chambres professionnelles se voient-elles surprises de ne pas retrouver la mise en place de « centres de compétences » dans les objectifs devant être poursuivis par le plan hospitalier.

Elles tiennent à citer l'avis du Conseil d'État qui prévoit : « *Au lieu de se contenter d'une juxtaposition de structures assimilables, il convient de mieux catégoriser les hôpitaux en fonction de la nature des tâches à accomplir, définies dans une perspective de complémentarité, tout en mettant en place des structures de gestion communes. Le Conseil d'État s'étonne que la complémentarité dans la prise en charge que les auteurs veulent promouvoir chez les médecins et les laboratoires ne se retrouve dans l'organisation du paysage hospitalier.* »

Les plans hospitaliers successifs n'ont malheureusement été qu'une reconduction d'une situation existante assurant à chaque établissement hospitalier l'offre de la gamme la plus vaste de services. Le déploiement d'une véritable stratégie s'impose désormais dans le double but de spécialiser davantage les hôpitaux au regard des services offerts et dans le souci de garantir une meilleure qualité des prestations ce qui devra aboutir dans une réforme globale de la loi hospitalière, qui n'est pas prévue par le projet de loi sous avis.

De même, la mise en place d'une filière de soins à l'intérieur des établissements, mais aussi entre les hôpitaux, la création de centres de compétences et le renforcement de la coopération transfrontalière, qui sont à soutenir, devraient être intégrés dans le présent article 2 de la loi hospitalière et ne devra pas avoir comme conséquence l'ouverture de nouvelles structures à côté des structures existantes, mais bien la fermeture éventuelle des structures superflues. Des marges de manœuvre devraient donc subsister par le biais de la formulation du présent article en ce qui concerne la rationalisation des services et des actes médicaux au sein des hôpitaux.

Or même si le projet de loi prévoit la création de ces différents instruments, notamment par le biais du plan hospitalier, il reste malheureusement lettre morte quant à la transposition effective de ces derniers.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers relèvent encore que le texte coordonné proposé par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale fait apparaître en italique les modifications recommandées par le Conseil d'État à l'endroit de l'article 2 de la loi modifiée du 28 août 1998 précitée, alors qu'aucun amendement parlementaire ne vise à intégrer ces modifications. Partant, les deux chambres professionnelles s'interrogent s'il s'agit d'une erreur de mise en page ou si la Commission parlementaire entendait suivre les recommandations du Conseil d'État.

Concernant le point 3° du projet de loi initial

La carte sanitaire qui constitue un ensemble de documents d'information et de prospective établi et mis à jour par le ministre de la Santé est constituée par un certain nombre de documents énumérés à l'article 3 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, dont l'inventaire de tous les établissements hospitaliers existants (de leurs services, de leur agencement général et de leur taux d'utilisation), le relevé du personnel médical, soignant, administratif, et technique desdits établissements, l'inventaire des équipements et appareils médicaux coûteux nécessitant une planification nationale ou, le cas échéant, nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières (la liste de ces équipements et appareils étant fixée au plan hospitalier national), l'inventaire des équipements et appareils médicaux et de leurs configurations d'ensemble fonctionnel (ne figurant pas sur la liste contenue au plan hospitalier), mais dont le coût est supérieur à un montant limite à fixer par règlement grand-ducal.

Un nouveau point e) introduit au niveau de l'alinéa 1 dudit article 3 de la loi hospitalière vise à souligner l'intégration du système hospitalier dans le système de santé national, nécessitant de tenir compte également de « l'inventaire des établissements ou services prestataires en milieu extrahospitalier collaborant activement avec le secteur hospitalier dans le cadre de filières de soins intégrées et des centres de compétences ».

La modification apportée à l'alinéa 3 vise à remplacer le terme « anonymisé » par « dépersonnalisé ». En effet, dans certains cas il est nécessaire de pouvoir travailler avec des pseudonymes au lieu de données strictement anonymes. Dès lors, même si l'identité de la personne concernée ne soit pas transmise, des recoupements restent toutefois possibles. De même l'énumération des administrations principalement visées en tant que sources d'informations est remplacée par une formulation plus générique, incluant toutes les autorités luxembourgeoises ou étrangères potentiellement détentrices de données pertinentes.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers considèrent que l'inclusion dans la carte sanitaire de l'inventaire des établissements ou services prestataires en milieu extrahospitalier collaborant activement avec le secteur hospitalier dans le cadre de filières de soins intégrées et des centres de compétences est une nécessité. Toutefois, les deux chambres professionnelles sont d'avis que les notions de cadre de filières de soins intégrées et des centres de compétences devraient être définies de façon plus claire et renvoient aux remarques faites à l'article 2 point 14°.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers relèvent que la Commission parlementaire a décidé de supprimer du projet de loi toute référence aux filières de soins intégrées et les centres de compétence. Le libellé du nouveau point e) n'a pourtant pas été modifié en conséquence.

Les modifications quant au traitement des données sont à saluer. Il importera toutefois de réaliser une mise en réseau efficace de tous les acteurs concernés en vue de l'exploitation de données agrégées en matière de politique des soins, tout en respectant les dispositions quant à la protection des données personnelles.

Concernant les points 4° et 5° du projet de loi initial

L'article 4, alinéa 2 de la loi hospitalière prévoit déjà que le ministre ayant dans ses attributions la Santé peut imposer au moment de la création et de l'extension de tout établissement hospitalier ou de tout service d'un établissement hospitalier des conditions particulières dans l'intérêt de la santé publique.

Les changements apportés aux articles 4 et 5 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers visent à préciser, en cohérence avec l'article 2 de la même loi, que ces conditions particulières imposées dans l'intérêt de la santé publique peuvent le cas échéant concerner les qualifications médicales et professionnelles ou les équipements médico-techniques représentés ou pouvant être représentés, des impératifs d'activité minimale, la participation à des filières de soins intégrées, ainsi que des modes de prise en charge préférentiels pour certaines maladies ou groupes de maladies.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers renvoient à ce propos aux commentaires de l'article 2 point 2°.

Concernant le point 6° du projet de loi initial

Les modifications apportées à l'article 7 de la loi hospitalière visent à étendre les cas dans lesquels le ministre peut mettre en demeure un établissement à deux cas nouveaux, à savoir le non respect des conditions particulières lui imposées dans l'intérêt de la santé publique conformément aux articles 2, 4 ou 5 de la présente loi et le fait de contrevenir de façon itérative aux dispositions de la loi hospitalière.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010 et suite à l'avis du Conseil d'État, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale renonce à la précision que la création et l'extension de tout établissement hospitalier ou d'un service peut être subordonné à des conditions particulières imposées dans l'intérêt de la santé.

Les deux chambres professionnelles notent que le point sous rubrique veille à maintenir le parallélisme avec l'introduction de conditions particulières définies au point 2° et reprises aux points 4° et 5°. Les remarques faites au point 2°, quant à une refonte de l'article 2 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, s'imposent ici également.

Concernant le point 7° du projet de loi initial

La modification apportée à l'article 10 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers vise à préciser que le champ des normes hospitalières pouvant être prises par voie de règlement grand-ducal est étendu aux modalités de documentation de l'activité.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers peuvent approuver la précision apportée au champ des normes hospitalières étant donné que la détermination de normes hospitalières précises favorise des procédures, activités ainsi qu'une documentation et une évaluation de qualité. Toutefois elles regrettent profondément que les auteurs ont, une fois de plus, raté une occasion importante de redéfinir de fond en comble ledit champ en y incluant, à côté des normes concernant les critères de gestion efficiente, également et surtout des normes liées à la qualité des traitements et soins.

Concernant le point 8° du projet de loi initial

La disposition nouvelle introduite au niveau de l'article 12 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, couplée avec l'abrogation des articles 12 et 21 actuels, vise à faciliter et encourager le regroupement d'activités hospitalières par la mise en commun d'activités existantes ou par de nouveaux investissements communs.

Ainsi, sur décision de leurs organismes gestionnaires respectifs, des établissements hospitaliers peuvent s'associer et bénéficier des aides prévues à l'article qui précède, lorsqu'ils procèdent à des investissements communs ou à la fédération d'activités hospitalières. Dès lors, le taux de 50% de l'aide publique est aboli en faveur de l'application de l'article 11 qui prévoit un taux de participation de 80%, d'une part, et l'obligation d'organiser ces regroupements au sein d'un groupement d'intérêt économique (GIE) a été abandonnée au profit d'un accord préalable du ministre de la Santé sur les éléments essentiels de la structure juridique donnée au regroupement, d'autre part.

Les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 visent à renforcer la promotion du principe de la mise en commun d'activités hospitalières et de le dissocier de questions d'ordre juridique et organisationnel. Ainsi, l'accord préalable du ministre de la Santé sur les éléments essentiels de la structure juridique donnée au regroupement est abandonné tout comme la possibilité de réalisation d'une « fédération d'activités hospitalières ». Il est précisé par les auteurs que cette approche ne dispense pas les initiateurs de telles mises en commun de respecter les obligations découlant de la loi hospitalière respectivement du plan hospitalier, plus précisément « les impératifs en matière de sécurité, de continuité des soins et de qualité de la prise en charge ».

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers doutent que la mise en commun renforcée d'activités liée à des projets d'investissements communs peut réellement aboutir sur la base de la présente disposition qui doit être qualifiée d'extrêmement vague, même si en soi l'approche choisie va dans la bonne direction. Les deux chambres professionnelles considèrent que la « fédération d'activités hospitalières » constituerait un concept important à maintenir dans le texte en vue de favoriser des synergies plus vastes entre organismes gestionnaires. Il est par ailleurs remarquable qu'à l'avenir, l'aide publique pour lesdits types d'investissement sera d'office de 80% et non plus de 50%. Les deux chambres professionnelles plaident pour une augmentation de l'aide jusque 100% étant donné que l'efficience des structures communes à mettre en place garantira une valeur ajoutée réelle tout comme une efficience des ressources.

Concernant le point 9° du projet de loi initial

La modification apportée à l'alinéa 2 de l'article 13 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers a pour objet d'habiliter un règlement grand-ducal de la détermination des modalités détaillées de la procédure de demande d'aide en vue de la mise en commun d'activités hospitalières et, par conséquent, de la réalisation d'investissements communs, notamment en ce qui concerne les délais et modalités d'instruction du dossier à respecter, plus particulièrement l'instruction de la demande par le ministre de la Santé et par la commission permanente pour le secteur hospitalier, 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.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers saluent le fait que les modalités détaillées de la procédure de demande d'aide soient déterminées par règlement grand-ducal ce qui permettra de rendre plus transparent les procédures et les critères d'octroi et d'analyse. Cependant, elles sont d'avis qu'un pareil règlement grand-ducal précisant, entre autres, les cas dans lesquels une étude des besoins et de l'impact sur le système de santé serait nécessaire, aurait dû être communiqué au moment du dépôt du présent projet de loi, étant donné que l'étude des besoins et de l'impact financier en rapport avec un projet précis constitue un des fondements de la nouvelle approche favorisant les investissements communs, introduite à l'article 2, point 8°.

Concernant le point 10° du projet de loi initial

Cet article a pour objet de procéder à une adaptation des missions du commissaire de Gouvernement aux hôpitaux. Ce dernier a comme missions nouvelles, à part le contrôle de l'affectation des subventions publiques, mission déjà contenue dans la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, le contrôle de la gestion administrative et financière des hôpitaux, la réalisation de propositions en relation avec une meilleure utilisation des ressources; le soutien des projets d'intérêt commun et la fédération des activités des établissements hospitaliers et la mission spécifique de tenir, sur base des informations à fournir par les établissements hospitaliers, le registre des médecins agréés dans les différents services hospitaliers.

Par ailleurs le nouvel article 18 précise que le commissaire en question « peut assister avec voix consultative aux délibérations de toute commission ou organe consultatif sous tutelle du ministre ayant dans ses attributions la Santé, lorsqu'un tel organe est saisi d'une question concernant le secteur hospitalier ».

Les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 visent à reformuler l'article 18, alinéa 2, tiret 4 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers qui redéfinit une nouvelle mission du commissaire de Gouvernement aux hôpitaux tout en prenant la teneur suivante: « - faciliter les projets d'intérêt commun des établissements hospitaliers ».

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers revendiquent que le statut et le rôle du commissaire de Gouvernement aux hôpitaux soient redéfinis. Ainsi ce dernier devrait être affecté à temps plein à sa tâche de commissaire ce qui permettrait d'avoir un allié important en vue de garantir une supervision et un contrôle continuel des projets engagés et leur analyse selon le critère d'efficience en matière de gestion administrative et financière. Les deux chambres professionnelles plaident en faveur de la nomination d'une personne externe au système des soins de santé afin de garantir également une objectivité et indépendance suffisante en termes d'appréciation. La personne à nommer au poste de commissaire devrait par ailleurs ne pas être contrainte par un risque de conflit d'intérêts quelconque pouvant naître du fait d'un cumul de la fonction de commissaire avec d'autres fonctions au sein de commissions ou organes du domaine de la santé ou de la sécurité sociale.

En outre, les deux chambres professionnelles se demandent en quoi consisteront au juste les moyens mis à la disposition du commissaire en vue de « faciliter » des projets d'intérêt commun de la part des établissements hospitaliers.

Concernant le point 11° du projet de loi initial

Cet article procède à des modifications ponctuelles de l'article 19 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers qui concernent un réagencement de la composition de la commission permanente pour le secteur hospitalier, d'une part, et des adaptations terminologiques, d'autre part.

La commission permanente pour le secteur hospitalier, qui exerce des fonctions consultatives auprès des Ministres de la Santé et de la Sécurité Sociale, a pour mission de donner son avis sur les projets de plan hospitalier, l'aide financière accordée par l'État aux investissements hospitaliers, les modifications concernant les services hospitaliers (autorisations, cessations totales ou partielles, réductions ou suppressions de services hospitaliers), les normes d'aménagement et d'organisation des établissements hospitaliers, les projets d'établissement et en général sur tout ce qui touche le secteur hospitalier.

Les partenaires sociaux, membres du comité directeur de la CNS, sont représentés au nombre de quatre (deux représentants des salariés et deux représentants des employeurs) à la commission permanente pour le secteur hospitalier. Par l'intermédiaire de la commission permanente, le département de la sécurité sociale et la Caisse Nationale de Santé (CNS) ont donc la possibilité d'exprimer leur opinion sur tout ce qui touche l'organisation d'activités hospitalières que la sécurité sociale est amenée à financer.

Or, le projet de loi sous avis prévoit de diminuer le nombre des représentants de la CNS de quatre à trois (un représentant des salariés, un représentant des employeurs et le président de la CNS) et d'augmenter le nombre des représentants du ministre de la santé et de la sécurité sociale de trois à quatre. On assiste donc à une diminution de la prise d'influence des partenaires sociaux dans la procédure de consultation de l'organisation du secteur hospitalier alors que leurs ressortissants devront supporter la majeure partie des dépenses.

Par conséquent, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers s'opposent formellement à la modification projetée de la composition de la commission permanente pour le secteur hospitalier et demandent aux autorités de maintenir en place la composition actuelle de ladite commission.

Concernant le point 12° du projet de loi initial

La nouvelle rédaction de l'article 23 vise à souligner dans la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers la notion de responsabilité des établissements hospitaliers dans l'évaluation et le contrôle des risques liés aux soins qui y sont prodigués et dans l'évaluation et la promotion de la qualité des prestations qui y sont délivrées. Cette orientation est déjà inscrite dans le chapitre 4 du règlement grand ducal du 13 mars 2009 établissant le plan hospitalier national et déterminant les missions et la composition minimales des structures d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières et les modalités de coordination nationale de ces structures.

La coordination nationale des structures mentionnée ci-dessus est assurée par le « Comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières ». Les frais de fonctionnement et les indemnités des membres du Comité national de coordination sont à charge du budget de l'État.

Comme dans la version actuelle de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, un règlement grand-ducal précisera également à l'avenir les missions et la composition minimale de ces structures, les modalités relatives à leur coordination. Par ailleurs, il fixera l'indemnité des membres du Comité national de coordination.

Les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 visent à préciser davantage la mission de l'organisme gestionnaire en matière de gestion des risques et de la qualité.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers sont convaincues de l'utilité du futur « Comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières ». Sa création est justifiée en ce sens que des normes pour la qualité des prestations dans les hôpitaux seront enfin créées ce qui exige évidemment un apport en qualité de tous les prestataires.

Néanmoins, les deux chambres professionnelles posent toutefois la question de la valeur ajoutée des multiples organes de pilotage mis en place par voie légale.

Afin d'accroître la transparence en matière d'évaluation de la qualité en milieu hospitalier, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers demandent de publier les performances des différents hôpitaux mesurées sur la base de normes de qualité reconnues.

Les deux chambres professionnelles, tout en saluant donc la création d'un tel comité national, insistent pour que la coordination de l'assurance qualité ne se limite pas seulement aux prestations dispensées par le personnel hospitalier, mais englobe également les actes médicaux.

Il faut donc que les prestataires se basent dans le futur sur des critères internationaux de qualité reconnus dans leurs traitements, reprenant notamment les droits des patients et leurs information, la santé digitale, le temps d'attente pour bénéficier d'un traitement (accès au traitement), les résultats en terme de santé des soins effectués, l'éventail et la portée des services offerts, les produits pharmaceutiques utilisés, etc.

Concernant le point 13° du projet de loi initial

Les modifications apportées à l'article 26, alinéa 1 concernent la structuration de l'activité médicale. La notion de « service de base », qui a perdu son importance initiale avec le développement général de services plus spécialisés et structurés, est abrogée. Cela étant, les modalités de structuration des services et le périmètre de l'activité médicale resteront fonction du projet de service tel qu'autorisé en application du plan hospitalier

Cette modification n'appelle pas de commentaires particuliers, si ce n'est le renvoi aux observations faites dans le cadre de l'article 2, point 2° concernant la reformulation de l'orientation fondamentale que doit prendre le plan hospitalier.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers relèvent que le texte coordonné proposé par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale fait apparaître en italique les modifications recommandées par le Conseil d'État à l'endroit de l'article 26 alinéa 1 de la loi modifiée du 28 août 1998 précitée, alors qu'aucun amendement parlementaire ne vise à intégrer ces modifications. Partant, les deux chambres professionnelles s'interrogent s'il s'agit d'une erreur de mise en page ou si la Commission parlementaire entendait suivre les recommandations du Conseil d'État.

Concernant le point 14° du projet de loi initial

Cet article introduit au niveau de la loi hospitalière un nouvel article 26bis consacré aux « filière de soins intégrée » et « centre de compétences ».

Pour certaines maladies ou groupes de maladies, il est établi que l'excellence des soins d'un prestataire ou d'un service ne permet d'obtenir un résultat optimal pour le patient que si les soins prodigués s'inscrivent dans une séquence coordonnée de prestations délivrées par des prestataires ou services différents. Cette coordination de prise en charge est idéalement assurée par l'intégration des prestataires concernés. L'intégration horizontale assure la coordination des actions des prestataires vers un objectif commun centré sur le patient, tandis que l'intégration verticale assure la co-responsabilisation des prestataires par rapport aux résultats globaux de la prise en charge.

Le projet de loi précise que cette intégration horizontale et verticale des prestataires impliqués dans la prise en charge de certaines maladies ou groupes de maladies porte le nom de « filière de soins intégrée ». Un contrat d'objectifs et de moyens conclu avec le ministre ayant dans ses attributions la Santé répond à un cahier des charges établissant le ou les besoins de santé publique à couvrir ; l'association de la CNS à ce contrat permet d'allouer les ressources aux divers prestataires en fonction des objectifs poursuivis.

Le commentaire des article dit par ailleurs que lorsqu'une ou plusieurs filières de soins intégrées atteint les objectifs fixés par le contrat conclu avec le ministre ayant dans ses attributions la Santé et la CNS, tant en matière d'intégration des prestataires qu'en matière de qualité de résultats pour les patients selon les termes du cahier de charges définitif, le titre de « centre de compétences » est conféré à la ou aux filière(s) de soins concernée(s).

Ce dispositif a pour but de coordonner les actions et de responsabiliser les prestataires de soins impliqués dans les prises en charge interdisciplinaires et séquentielles de maladies complexes et/ou prolongées, afin d'en améliorer les résultats. L'appartenance à une telle filière de soins constitue pour le prestataire soucieux de la qualité de ses prestations, désireux de documenter cette qualité, et attentif à la coordination efficiente de ses actions avec celles de ses partenaires, l'opportunité de faire partie d'un « centre de compétences » reconnu pour une maladie ou un groupe de maladies.

Le label « centre de compétences » ne peut être décerné à un seul service ou prestataire, mais recouvre l'action concertée de plusieurs services et/ou prestataires intégrés en filière, pouvant dépasser ainsi le cadre géographique d'un établissement hospitalier et favorisant les coopérations entre les établissements et les divers secteurs de soins (hospitaliers, ambulatoires, de rééducation, long séjour, …).

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.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers considèrent le présent point 14° instaurant un nouvel article 26bis consacré aux « filière de soins intégrée » et « centre de compétences » comme étant un article fondamental autour duquel pourrait être organisé une politique de rationalisation et de restructuration des services hospitaliers. Toutefois, les deux chambres patronales regrettent que les définitions contenues dans le texte soient peu précises, ce qui inclut le risque évident que la réforme n'aura pas l'effet escompté à terme.

La mise en place d'une filière de soins à l'intérieur des établissements, mais aussi entre les hôpitaux, la création de centres de compétences et le renforcement de la coopération transfrontalière, qui sont à soutenir, ne devra pas avoir comme conséquence l'ouverture de nouvelles structures à côté des structures existantes, mais bien la fermeture éventuelle des structures superflues. Or même si le projet de loi prévoit la création de ces différents instruments, le règlement grand-ducal servant à la transposition effective de ces derniers n'est pas connu. La notion de « compétences » devrait par ailleurs se définir par référence à des compétences standardisées connues dans des établissements de taille similaire à l'étranger.

Dès lors, les bons choix opérés au niveau du présent point risquent malheureusement de rester lettre morte.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010, le point 14 est supprimé.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers s'opposent formellement à l'abandon isolé de cette mesure, pourtant essentielle du projet de réforme, alors que l'intégralité du projet de loi devrait être retiré. Les deux chambres professionnelles arrivent au même constat que la commission parlementaire au sujet du manque d'éléments permettant de faire des propositions constructives au sein de la réforme.

Concernant le point 15° du projet de loi initial

Le présent article vise à ancrer au niveau de l'article 29 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers la notion de médecin-coordinateur.

Un ou plusieurs médecin-coordinateur, nommé par l'organisme gestionnaire et placé sous l'autorité du directeur médical, assure 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.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010, il est précisé que le médecin-coordinateur ne sera pas soumis sous l'autorité du directeur médical mais assiste celui-ci dans les missions visées par l'article 29 complété.

Son rôle primaire est d'assurer, en étroite collaboration avec le responsable des soins et le pharmacien responsable, une fonction de coordination et de planification de l'activité médicale du ou des services(s). Dans ce contexte il veillera notamment au bon fonctionnement du ou des service(s) et à la qualité des prestations, à la standardisation des traitements et de la prise en charge de patients et à l'utilisation efficiente des ressources disponibles.

Si le médecin coordinateur ne peut directement intervenir dans le traitement d'un patient déterminé, il doit néanmoins pouvoir disposer d'un droit de regard sur l'activité du ou des service(s) qu'il est censé coordonner.

Là aussi, un règlement grand-ducal précise le statut, les missions et les attributions des médecins-coordinateurs ainsi que les modalités de leur désignation.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers saluent l'instauration du concept même du médecin-coordinateur dans le secteur hospitalier. Toutefois, elles se demandent comment dans la pratique ce dernier réussira à être à la hauteur des demandes, notamment en ce qui concerne sa mission de coordination et de planification dans une perspective d'utilisation efficiente des ressources. Les deux chambres plaident pour une redéfinition du statut du médecin-coordinateur dans le secteur hospitalier à l'image du « Chefarzt » en Allemagne.

Il faut par ailleurs se poser la question de savoir ce qu'il faut entendre par le « responsable de soin », notion qui n'est nullement définie dans les textes, mais avec lequel le médecin-coordinateur devra coopérer et en quoi consiste au juste le « droit de regard sur l'activité » du ou des service(s) que le médecin-coordinateur est censé coordonner.

Concernant le point 16° du projet de loi initial

Aux dires des auteurs du projet de loi sous avis, l'article 31 actuel de la loi hospitalière n'est pas sans poser problème. D'une part, malgré la signature en 2002 d'un accord entre l'Association des médecins et des médecins-dentistes et l'Entente des hôpitaux luxembourgeois portant sur le contrat-type, de nombreux contrats-types ne semblent pas correspondre à son contenu. D'autre part, si la démarche choisie a comme mérite la recherche d'un accord entre organismes représentatifs des établissements hospitaliers et des prestataires concernés, la régularité constitutionnelle de ce type de mécanisme est sujette à caution.

Sans modifier, quant au fond, l'objet de cet article 31, le point 16° précise le statut du médecin hospitalier en clarifiant sa position dans le fonctionnement interne de l'établissement hospitalier.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010, le terme « d'agrément » du médecin hospitalier est remplacé par « collaboration ».

Le présent point 16° n'appelle pas de commentaires spécifiques.

Concernant le point 17° du projet de loi initial

Les modifications apportées à l'article 33 de la loi hospitalière ont pour but d'adapter le régime des pharmacies hospitalières. Ainsi, elles peuvent fonctionner sous forme d'un service intégré à l'établissement hospitalier ou être assurée à travers une structure interne réduite associée à une structure en dehors de l'établissement hospitalier, de façon à garantir la continuité des soins et les besoins urgents de l'établissement hospitalier. La structure en dehors de l'établissement hospitalier peut être une pharmacie hospitalière intégrée à un autre établissement hospitalier ou une structure à part commune à plusieurs établissements hospitaliers, qui peuvent, le cas échéant, relever de plusieurs régions hospitalières. Dès lors, la nouvelle rédaction de l'article 33 vise à permettre la mise en place de structures communes à plusieurs hôpitaux, permettant ainsi de réaliser davantage de synergies.

Toutefois, un règlement grand-ducal détermine les conditions auxquelles la pharmacie hospitalière ou la structure à part doit répondre.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers approuvent les modifications du présent point 17°.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers relèvent que le texte coordonné proposé par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale fait apparaître en italique la suppression de certains termes, notamment les régions hospitalières, de l'article 33 de la loi modifiée du 28 août 1998 précitée, modifications recommandées par le Conseil d'État, alors qu'aucun amendement parlementaire ne vise à intégrer ces modifications. Partant, les deux chambres professionnelles s'interrogent s'il s'agit d'une erreur de mise en page ou si la Commission parlementaire entendait suivre les recommandations du Conseil d'État.

Concernant le point 18° du projet de loi initial

L'abrogation de l'article 16 de la loi hospitalière vise à abolir l'obligation de faire un projet de loi pour des projets d'importance mineure. Il est entendu qu'il ne restera pas moins obligatoire de faire un projet de loi pour tout projet dépassant le seuil de droit commun fixé en application de l'article 99 de la Constitution.

L'article 21 est abrogé pour être couvert par les dispositions nouvellement introduites au niveau de l'article 12 de la loi hospitalière conformément à ce qui est dit au point 8° ci-avant.

Les articles 34 et 35 de la loi hospitalière sont abrogés au profit de dispositions nouvelles insérées au niveau du Code de la sécurité sociale.

Le présent point 18° n'appelle pas de commentaires spécifiques.

C. DISPOSITIONS FINANCIERES (ARTICLES 3 A 7)

Concernant l'article 3

Selon les auteurs, la baisse de la réserve minimale de 10% à 5,5% a servi de mesure unique pour compenser pour l'exercice 2010 le déficit de l'assurance maladie-maternité. Le projet de loi initial a prévu que la réserve minimale soit reconstituée progressivement sur 3 ans.

Par ailleurs, pour permettre à la CNS de faire face à d'éventuelles impasses de trésorerie passagères dans sa gestion « maladie », une ligne de crédit peut être ouverte « sans frais » par le comité directeur auprès de sa gestion « dépendance ».

Les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 ont réduit la limite inférieure de la réserve prévue pour l'exercice 2011 à 5,5 pour cent, pour l'exercice 2012 à 6,5 pour cent, pour l'exercice 2013 à 7,5 pour cent et pour l'exercice 2014 à 8,5 pour cent. Dès lors, la reconstitution de la réserve est désormais échelonnée sur 4 années.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers sont d'avis que la réserve minimale devrait être limitée à 10%. Partant elles souscrivent aussi à une reconstitution partielle de la réserve minimale sur une durée de 4 ans. Par ailleurs, elles sont d'accord à titre tout à fait exceptionnel que des impasses de trésorerie passagères et exceptionnelles dans la gestion « maladie » soient couvertes par le fonds de roulement de la gestion « dépendance » tout en insistant que ces transferts ne deviennent pas un principe de gestion des budgets.

Concernant l'article 4

Pour les deux années à venir, les lettres-clés des médecins et autres professionnels de santé sont maintenues au niveau actuel. La lettre-clé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique est adaptée de façon plus substantielle, à savoir une diminution de 0,3557 à 0,3050, et ceci pour tenir compte des gains d'efficience et des économies d'échelle que ce secteur a rencontrés notamment vu le progrès technique considérable des quinze dernières années. En outre, l'offre de ce secteur, aussi bien privée qu'hospitalière, dépasse largement les besoins effectifs de la population et ne peut pas être justifiée par « l'utile et le nécessaire ».

Les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 ont fait que par dérogation aux articles 65, alinéa 2 et 67 à 70 du CSS, les valeurs des lettres-clés des nomenclatures des prestataires visées à l'article 65, alinéa 1er soient maintenues par rapport à leur valeur applicable au 31 décembre 2010 pour la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2012.

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

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010, l'alinéa 1 de l'article 4 du présent projet de loi est modifié conformément à la recommandation du Conseil d'État et l'alinéa 2, supprimé par inadvertance, est rétabli.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers plaident en faveur d'une désindexation complète des tarifs et forfaits, afin d'entraîner par conséquent un arrêt des adaptations automatiques desdites éléments et en même temps un frein à l'augmentation sans contrôle des frais liés aux soins. Les deux chambres professionnelles revendiquent par ailleurs que le parallélisme entre les conventions négociées dans les secteurs de la santé et celles existant dans la fonction publique soit abandonné.

Concernant l'article 5

Cet article prévoit de déterminer par voie de règlement grand-ducal des réductions à opérer sur les coefficients des actes et services prévus dans la nomenclature des médecins, limités dans le temps à l'exercice 2011.

L'alinéa 2 de cet article prévoit une révision ciblée de certains actes de la nomenclature des laboratoires d'analyses médicales.

Les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 ont rappelé que 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. Tenant compte de la décision précitée, l'alinéa 2 de l'article 5 du projet de loi a été supprimé.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010, il est donné suite aux observations du Conseil d'État relatif à l'indication des prestataires concernés et la suppression des renvois au CSS.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers sont d'avis que les prestataires dans le domaine de la santé devraient contribuer pour une plus grande part à la maîtrise de l'évolution du coût global de l'assurance maladie-maternité en vue d'assurer ainsi la pérennité de notre système de santé. Il importe en effet que la charge soit équitablement répartie entre parties concernées. L'approche d'une adaptation tarifaire devrait également être effectuée dans le cadre des forfaits pour analyses stationnaires.

Comme il a été précisé dans les considérations générales, les deux chambres professionnelles critiquent l'approche du Gouvernement qui se déresponsabilise au niveau de sa contribution étatique par le biais d'une dotation spécifique destinée à compenser les risques de l'assurance maladie-maternité découlant de l'intégration des prestations de maternité, surtout des prestations en espèce, dans le régime général.

Concernant l'article 6

La réforme structurelle du financement du secteur hospitalier prévoit à l'article 74 du Code de la sécurité sociale l'introduction d'une enveloppe budgétaire globale. Tel qu'exposé, cette mesure fait partie des mesures visant à mettre en place une gouvernance commune pour l'ensemble des établissements hospitaliers et est principalement destinée à cadrer l'évolution financière à terme de ce secteur. Le présent alinéa arrête une fixation initiale de cette enveloppe. Dès lors, la progression annuelle de l'enveloppe budgétaire globale pour la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2012 par rapport à l'année 2010 est fixée à 3%. La procédure d'établissement des budgets spécifiques des établissements hospitaliers prévue à l'article 77 est suspendue en conséquence pour les années 2011 et 2012. Ces budgets peuvent exceptionnellement être fixés jusqu'au 1er juillet 2011.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010, il est introduit la précision à l'alinéa 1 de l'article 6 que le taux de progression de 3% est soumis à une progression indiciaire.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers, tout en approuvant la façon de procéder des auteurs du projet de loi de fixer une enveloppe budgétaire globale, s'interrogent comment le taux de 3% a été décidé par les auteurs du projet de loi. Les deux chambres professionnelles estiment que ce taux reste élevé par rapport à l'objectif du projet de loi de réduire les dépenses, ce d'autant plus que le secteur hospitalier représente la partie la plus importante des dépenses de la CNS. Les deux chambres professionnelles s'opposent à ce que le taux de croissance des dépenses soit indexé, ce d'autant plus que le budget 2011 de la CNS prévoit une limitation de 3% sans indexation.

Concernant l'article 7

Dans le projet de loi initial, les auteurs avaient argumenté qu'une augmentation limitée des cotisations de 0,40 %, « attribuant de façon contrôlée et équitable les dépenses supplémentaires aux budgets des ménages, des employeurs et de l'État », est nécessaire afin de reconstituer la réserve minimale précitée, de compenser partiellement et de façon complémentaire aux mesures plus radicales l'excédent des charges du système de soins de santé et de donner les délais nécessaires aux mesures structurelles d'être mis en œuvre respectivement de montrer leurs effets.

Les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 suppriment l'article 7 du projet de loi initial.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers tiennent à rappeler leur opposition absolue à toute augmentation des cotisations et à toute initiative visant un déplafonnement des cotisations en matière de soins de santé, ceci pour des raisons de compétitivité, tel qu'il a été exposé aux considérations générales.

D. DISPOSITIONS ABROGATOIRES (ARTICLES 8 ET 9)

Concernant l'article 8

Le projet de loi introduit au Code de la sécurité sociale un nouvel article 22bis relatif à l'établissement de groupes de médicaments à même principe actif principal. Cette disposition risque de faire double emploi avec l'article 18bis de la loi modifiée du 11 avril 1983 portant réglementation de la mise sur le marché et de la publicité des médicaments. L'article 18bis a été introduit par la réforme de 1992, mais jamais appliqué. Il prévoit déjà une liste de transparence de produits « d'une valeur thérapeutique comparable ». Les auteurs du projet de loi argumentent dès lors qu'il y a partant lieu d'abroger l'article 18bis.

L'article n'appelle pas de commentaires spécifiques de la part des deux chambres professionnelles.

Concernant le nouvel article 8 inséré par amendement gouvernemental adopté en date du 12 novembre 2010

Par cet article nouveau, inséré par les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010, l'article 2, alinéa 5 de la loi modifiée du 17 mai 2004 relative à la concurrence est abrogée, étant donné que les attributions de fixation du prix des médicaments à usage humain sont transférées du ministère de l'Économie vers le ministère de la Sécurité sociale.

Le présent nouvel article n'appelle pas de commentaires spécifiques de la part des deux chambres professionnelles, si ce n'est que le ministère de la Sécurité sociale doit respecter les principes et les modalités d'application de la législation sur les prix.

E. DISPOSITIONS TRANSITOIRES (ARTICLES 10 A 12)

Concernant le nouvel article 9 inséré par amendement gouvernemental adopté en date du 12 novembre 2010

L'article en question, inséré par les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010, prévoit qu'en attendant la constitution de la Commission de nomenclature suivant les modalités de désignations prévues, ses attributions sont provisoirement exercées par la Commission de nomenclature en fonction au 31 décembre 2010.

Le présent nouvel article n'appelle pas de commentaires spécifiques de la part des deux chambres professionnelles.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers relèvent néanmoins que le texte coordonné proposé par la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale fait apparaître en italique l'ajout de la date butoir du 30 juin 2011 au recours de la Commission de nomenclature en fonction à ce jour, date recommandée par le Conseil d'État, alors qu'aucun amendement parlementaire ne vise à intégrer cet ajout à l'article 9 du présent projet de loi. Partant, les deux chambres professionnelles s'interrogent s'il s'agit d'une erreur de mise en page ou si la Commission parlementaire entendait suivre les recommandations du Conseil d'État.

Concernant le nouvel article 10 inséré par amendement gouvernemental adopté en date du 12 novembre 2010

L'article en question, également inséré par les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010, précise la validité des autorisations d'exploitation d'un service de base d'un établissement hospitalier, accordés par le ministre ayant la Santé dans ses attribution en application du règlement grand-ducal du 13 mars 2009 établissant le plan hospitalier national et déterminant les missions et la composition minimales des structures d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières et les modalités de coordination nationale de ces structures.

Le présent nouvel article n'appelle pas de commentaires spécifiques de la part des deux chambres professionnelles.

Concernant l'article 9 du projet de loi initial

Les litiges actuellement pendants sont à traiter en application de l'ancienne procédure et l'ancienne composition en place, alors que le nouveau régime et la nouvelle composition doivent être mis en place en janvier 2011.

Le présent article n'appelle pas de commentaires spécifiques de la part des deux chambres professionnelles.

Concernant l'article 10 du projet de loi initial

Un délai supplémentaire est accordé aux prestataires de soins et à la Caisse nationale de santé pour négocier l'insertion des dispositions obligatoires révisées à l'article 64 du Code de la sécurité sociale dans les conventions respectives.

Le présent article n'appelle pas de commentaires spécifiques de la part des deux chambres professionnelles.

Concernant l'article 11 du projet de loi initial

Cet article permettra l'engagement des fonctionnaires et employés nécessaires au bon fonctionnement de la Cellule d'expertise médicale, ainsi que le renforcement des effectifs du Contrôle médical de la sécurité sociale et de l'Inspection générale de la sécurité sociale.

Le présent article n'appelle pas de commentaires spécifiques de la part des deux chambres professionnelles.

Concernant l'article 12 du projet de loi initial

Cet article prévoit l'introduction d'une dotation forfaitaire annuelle de 20 millions d'euros de l'État 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.

Par amendement parlementaire du 25 novembre 2010, il est précisé que la phase initiale est limitée au 31 décembre 2013 et que l'Inspection générale de la sécurité sociale sera chargée d'évaluer la somme de 20 millions d'euros à cette échéance.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers s'opposent formellement à toute déresponsabilisation de l'État qui a opté en faveur d'une intégration des prestations en espèces de maternité dans le régime général, par référence à ce qui a été relevé aux considérations générales. Par ailleurs, elles insistent plus particulièrement sur le fait que l'enveloppe budgétaire prévue afin de couvrir les dépenses en matière de prestations en espèces de maternité est tout à fait insuffisante étant donné la croissance future probable des dépenses en question.

F. MISE EN VIGUEUR (ARTICLE 13)

Concernant l'article 13 du projet de loi initial

Par rapport au projet de loi initial, les amendements gouvernementaux adoptés en date du 12 novembre 2010 visent à adapter les dates de mise en vigueur de certaines dispositions.

Ainsi la future loi sort ses effets au 1er janvier 2011, à l'exception de :

- l'article 1er, point 8° introduisant un nouvel article 19bis dans le CSS qui entre en vigueur le 1er janvier 2012;
- l'article 1er, point 11° introduisant un nouvel article 22bis dans le CSS qui entre en vigueur le 1er janvier 2012 ;
- l'article 1er, point 12° introduisant un nouvel article 22ter dans le CSS et de l'article 8 du projet de loi qui entrent en vigueur le 1er septembre 2011 ;
- l'article 1er, point 46° modifiant l'article 74, alinéa 7 du CSS qui entre en vigueur le 1er avril 2011.

Les amendements en question prévoient dès lors une entrée en vigueur différée pour la disposition du médecin référent afin de permettre aux parties signataires de la convention afférente d'en pouvoir élaborer les modalités d'applications.

Afin de permettre à la CNS de mettre en place la procédure se rapportant à la fixation des prix des médicaments à usage humain il y a lieu de prévoir une phase transitoire de transfert des compétences.

La disposition d'entrée en vigueur différée de l'application du régime extrahospitalier pour l'activité correspondante des laboratoires hospitaliers est réduite d'un an à trois mois, et ceci afin d'assurer un traitement égal des laboratoires privés et hospitaliers à partir de l'application des tarifs fixés par le biais de l'article 5, alinéa 2 du projet de loi.

Le présent article n'appelle pas de commentaires spécifiques de la part des deux chambres professionnelles.

IV. Observation finale

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers demandent au Gouvernement le retrait du projet de loi et l'instauration d'une réflexion concertée en vue d'aboutir à une réforme substantielle de l'assurance-maladie courant 2012. Aux yeux des deux chambres professionnelles, c'est uniquement de cette façon qu'il sera possible de parvenir à la stabilisation financière de l'assurance maladie.

* * *

Après consultation de leurs ressortissants, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers ne peuvent approuver le projet de loi dans sa forme actuelle et réclament une réforme plus élargie suivant ses remarques faites dans le cadre du présent avis.

GRL/ZCH/SDE