



Points-clés de la loi du 17 décembre 2010 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.

Document parlementaire N°6196

1. Code de la sécurité sociale

Intégration du financement des prestations de maternité dans le financement normal par cotisations

Jusqu'à présent les prestations de maternité, c'est-à-dire l'indemnité pécuniaire de maternité et les prestations de soins étaient entièrement à charge de l'Etat. La présente loi prévoit l'introduction de ces dépenses dans le financement général par cotisations. Dans le futur, les dépenses de maternité sont réparties solidairement entre les assurés, les employeurs et l'Etat comme tous les autres risques de maladie.

Cette démarche est principalement motivée par le fait de remédier au nombre croissant des dispenses de travail automatiques accordées aux femmes enceintes par les employeurs. De plus, au niveau international, il est exceptionnel voir unique que la maternité soit prise en charge à 100% par l'Etat.

Introduction d'un taux de cotisation unique en matière d'assurance maladie-maternité

Actuellement, il existe deux taux de cotisations en matière d'assurance maladie-maternité, à savoir un taux de prestations de soins qui est fixé à 5,40% et un taux de cotisation pour prestations en espèces qui est fixé à 0,50%.

Vu qu'il est difficile d'intégrer les prestations en espèces de maternité dans le taux de cotisation des prestations en espèces et en vue de simplifier la gestion administrative, il est prévu de créer un taux de cotisation unique en matière d'assurance maladie-maternité. Ce taux de cotisation unique fixé à 5,60% sera majoré de 0,5% pour les assurés ayant droit à une prestation en espèces. Cette majoration est introduite afin de ne pas défavoriser ceux qui n'ont pas droit à une indemnité pécuniaire comme par exemple les pensionnés.

Dorénavant, toutes les charges de l'assurance maladie-maternité y compris la dotation à la réserve et le remboursement à la Mutualité sont financées par cet unique taux de cotisation.

Mesures financières

Le but principal de la présente loi consiste à faire des économies afin de diminuer le déficit de la Caisse nationale de santé (CNS) et d'assurer la pérennité de notre système de santé.

Ainsi, les coefficients des actes techniques de la nomenclature des médecins sont réduits de 4,35% par voie de règlement grand-ducal, à savoir celui du 17 décembre 2010 déterminant en application de l'article 5 de la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé les réductions à opérer aux tarifs médicaux et modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie. La loi impose par ailleurs une adaptation des tarifs de la nomenclature des analyses de biologie médicale.

En ce qui concerne la valeur des lettres-clés des prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, points 1 à 7 et 12, celles-ci sont maintenues pour la période du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2012 à leur valeur applicable au 31 décembre 2010.

Les assurés et les employeurs contribuent à la diminution du déficit par une légère augmentation du taux de cotisation qui passe de 5,40% à 5,60%. Cette augmentation du taux n'a pas été inscrite dans la présente loi mais a été décidée par le comité directeur de la CNS du 10 novembre 2010. Lors de cette même séance, le comité directeur a décidé d'autres mesures d'adaptations statutaires des prestations et des participations des patients afin de faire des économies. La participation de l'Etat au financement de l'assurance maladie-maternité est fixée à 40% et la loi prévoit une dotation spéciale de 20 millions d'euros afin de soutenir la CNS en vue de l'incorporation des prestations en espèces de maternité dans le régime général.

Finalement, la loi prévoit une reconstitution progressive de la réserve minimale légale de la CNS.

Commission de surveillance

Les modifications apportées à la Commission de surveillance sont les suivantes :

- le Président pourra dorénavant être remplacé par un vice-président ;
- la composition de la commission a changé. La commission n'est plus composée par des membres fixes, mais le Président désigne pour chaque réunion 4 délégués figurant sur des listes. En effet, tous les cinq ans le comité directeur de la CNS, le Collège médical, le groupement représentatif des médecins et des médecins-dentistes, le Conseil supérieur des professions de santé et les groupements professionnelles signataires d'une des conventions visés à l'article 61, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale envoient une liste avec dix délégués au Président de la Commission de surveillance ;
- en outre, les sanctions que le Conseil arbitral de la sécurité sociale peut prononcer ont été renforcées.

Médecin référent

Dorénavant, l'assuré a la possibilité, sur base volontaire, de désigner un médecin référent. En l'occurrence, le médecin a le libre choix d'accepter ou de refuser la demande du patient de devenir son médecin référent.

Le rôle principal du médecin référent est de coordonner et de mieux organiser les soins dispensés aux assurés. Il représente le premier recours dans la chaîne de parcours de soins du patient. Le médecin référent assure également le suivi du dossier de soins partagé de l'assuré. En effet, ceci s'avère utile vu que le médecin référent est le mieux placé pour

proposer au patient le meilleur traitement et de le sensibiliser à la surconsommation vu qu'il dispose d'une vue globale de l'état de santé et de la situation sociale du patient.

Commission de nomenclature

La présente loi crée la base pour une réforme des nomenclatures actuelles. Une telle réforme s'avère nécessaire dû aux nombreuses faiblesses que représentent ces dernières.

En outre, la composition de la Commission de nomenclature est devenue plus paritaire. Le nombre des représentants des prestataires de soins a été augmenté au même niveau que celui des membres nommés par les ministres ayant dans leurs attributions la Santé, la Sécurité sociale et la CNS.

Cellule d'expertise médicale – Conseil scientifique

Il est instituée une Cellule d'expertise médicale afin d'appuyer la Commission de nomenclature dans ses travaux notamment dans le domaine scientifique. Une des missions de cette Cellule d'expertise médicale est de donner son avis sur les affaires dont est saisie la Commission de nomenclature.

La Cellule d'expertise médicale et le Conseil scientifique collaborent ensemble surtout en ce qui concerne l'élaboration des bonnes pratiques médicales et leur promotion envers les prestataires.

Le dossier de soins partagé

Dorénavant, un dossier de soins partagé est établi pour chaque patient. Les prestataires des soins y versent les données médicales du patient ainsi que toute information pertinente concernant l'état de santé du patient afin de lui accorder la meilleure prise en charge et d'assurer une utilisation efficiente des services de santé.

Les personnes qui ont accès au dossier de soins partagé sont les suivantes :

- le médecin référent ;
- le médecin traitant ;
- les professionnels de santé participant à la prise en charge du patient.

Le patient a toujours la possibilité de s'opposer au partage des données le concernant et il peut à tout moment consulter son dossier. De plus, le patient a le droit de savoir qui d'autre a encore accès à son dossier.

Agence nationale des informations partagées

L'Agence nationale des informations partagées a comme mission principale la gestion du dossier de soins partagé. En outre, il est prévu que cette Agence participe à d'autres projets relatifs au partage, à l'échange et à la documentation de données.

Tiers payant social

Les assurés se trouvant dans une situation financière peu favorable ont la possibilité de demander une prise en charge directe par la voie du tiers payant des prestations de soins de santé.

La décision d'accorder à une personne la prise en charge directe est prise par les offices sociaux tels que reformés par la loi du 18 décembre 2009 organisant l'aide sociale.

Substitution des médicaments et fixation des prix des médicaments

La base de remboursement permet la prescription respectivement la délivrance des médicaments les moins chers appartenant au même groupe de principe actif principal qui n'est plus protégé par un brevet dans le pays.

Une liste contenant les médicaments substituables est établie par la Direction de la santé. S'il existe une base de remboursement pour un médicament donné il appartient au médecin de prescrire le médicament le moins cher ou sinon au pharmacien d'informer l'assuré qu'il existe un médicament moins cher.

L'assuré n'est pas obligé de prendre le médicament le moins cher. Cependant, la prise en charge par l'assurance maladie-maternité se fait sur base du moins cher.

En outre, l'attribution de la fixation des prix des médicaments est transférée des attributions du ministère de l'Economie vers les attributions du ministère de la Sécurité sociale.

Enveloppe budgétaire du secteur hospitalier

Jusqu'à présent les budgets des établissements hospitaliers ont été établis sur base de leurs activités spécifiques. La présente loi prévoit l'introduction d'une enveloppe budgétaire globale pour tout le secteur hospitalier. Cette enveloppe sera fixée pour deux exercices. Pour la période du 1 janvier 2011 au 31 décembre 2012 la progression annuelle par rapport à l'année 2010 est fixée à 3%.

En effet, le gouvernement établit une enveloppe budgétaire globale pour tout le secteur hospitalier. Par après, la CNS prend en charge les dépenses des hôpitaux suivant leur budget arrêté séparément, mais en tenant compte de l'enveloppe budgétaire globale. Les hôpitaux doivent établir leurs budgets également pour deux années.

Cette enveloppe budgétaire globale s'étendant sur deux exercices oblige les hôpitaux à mieux planifier et organiser leurs activités.

Procédure de médiation

La procédure de médiation n'a pas subi d'importantes modifications. La procédure en soi est maintenue et précisée. En outre, une distinction entre la procédure de fixation de la lettre clé et des litiges relatifs en matière conventionnelle est prévue.

La procédure de médiation sur l'adaptation de la lettre clé prévoit qu'en cas d'échec de la médiation, le médiateur dresse un procès-verbal de non-conciliation qu'il transmet au

Conseil supérieur de la sécurité sociale. Ce dernier rend alors une sentence arbitrale non-susceptible de recours.

En ce qui concerne le volet sur les dispositions conventionnelles, le médiateur dresse également un procès-verbal de non-conciliation en cas d'échec qu'il transmet au ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions. Les dispositions obligatoires sont alors fixées par voie de règlement grand-ducal.

2. Loi sur les établissements hospitaliers

Centres de compétences

La présente loi prévoit l'introduction de centres de compétences dans le domaine de la santé. En effet, il s'agit d'un centre qui se concentre sur une maladie donnée comme par exemple l'Institut national de chirurgie cardiaque interventionnelle. Ce centre est accessible pour tous les spécialistes dans le domaine concerné. Ceci devra permettre une meilleure prise en charge des patients.

Statut du médecin hospitalier et du médecin-coordonateur

Dorénavant, le médecin hospitalier est lié à l'établissement par un contrat de collaboration soit par un contrat de travail. Le médecin garde sa liberté thérapeutique en ce qui concerne la prise en charge du patient mais son activité est cadrée suivant les normes établies par l'établissement hospitalier.

De plus, est prévu que dans chaque établissement un médecin-coordonateur coordonne et gère les services médicaux.

Annexe(s): Mémorial A N°142 du 27 décembre 2010 :

- Loi du 17 décembre 2010 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
- Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 déterminant en application de l'article 5 de la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé les réductions à opérer aux tarifs médicaux et modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie.