

GT N°6

ORGANES DE REGULATION, DE SURVEILLANCE, DE CONTROLE ET DE JURIDICTION

RAPPORT FINAL DU 15 MARS 2010

Président :	<M. Jean-Marie Feider>
Secrétaire :	<Mme. Nathalie Weber>
Membres GT 6 :	IGSS : M. Paul Schmit, Mme. Toinie Wolter, Mme. Barbara Rousseau, CMSS : Dr. Paul Koch CNS : M. Mike Walch, MS : M. Pierre Misteri, M. Laurent Jomé, M. Mike Schwebag
Participants des partenaires sociaux et des prestataires de soins pour le GT 6 (Phase 2) :	AMMD : Dr. Nico Diederich, Dr. Claude Schummer, Dr. Jean Uhrig, Maître Neu ; EHL : Dr. Raymond Lies, Dr. Romain Nati, M. Guy Thill, M. Marc Hastert ; ABBL : Mme. Fabienne Lang; ACA : M. Marc Hengen ; UEL : M. Pierre Bley ; OGBL : M. Carlos Pereira ; LCGB : M. Joé Spier ; CGFP : M. Thierry Ries ; CSL : M. René Pizzaferrri

1. Introduction

Le projet de la réforme de l'assurance maladie-maternité et des établissements de soins de santé est basé sur les travaux de 7 groupes de travail.

Au mois de décembre 2009 un rapport intermédiaire résumant les idées principales du GT6 a été rédigé et envoyé aux partenaires sociaux ainsi qu'aux prestataires des soins. Lors des réunions du 12 janvier 2010 avec les partenaires sociaux et du 11 février 2010 et du 10 mars 2010 avec les prestataires de soins des échanges de vue ont eu lieu sur base dudit rapport.

Le présent rapport reprend les pistes de réflexion du GT 6 en incluant les attitudes des partenaires sociaux et des prestataires de soins concernant les divers sujets.

Voici les points sur lesquels le GT6 s'est concentré :

- Médiation médicale/ « No fault compensation system »
- Réforme de la Commission de surveillance
- Redéfinition des missions du Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS)
- Médecine basée sur les bonnes pratiques médicales

2. Rapport

2.1. La médiation médicale/No fault compensation system

En avançant les arguments de facilitation de la défense des intérêts des patients, de réduction des coûts élevés des procédures judiciaires et l'élaboration de statistiques concernant le nombre et la nature des fautes en cause, les prestataires plaident en faveur de l'introduction d'un « No fault compensation system ». Les partenaires sociaux quant à eux préfèrent un système d'arbitrage par des professionnels médicaux indépendants.

Le ministère de la Santé préconise un système de médiation médicale.

Voici une illustration des trois systèmes :

- No fault compensation system

Un tel système va dans les sens de la mise en place d'un mécanisme de réparation de plein droit dispensant de la preuve d'une faute. Une institution mise en place évalue si le patient a subi un dommage corporel notamment celui d'une évolution anormale de la maladie (existence d'un dommage corporel sans qu'il y ait faute ou aléa thérapeutique). Si le dommage a été constaté, le patient pourra être indemnisé suivant un barème prédéterminé. L'acceptation du dédommagement mettrait fin au litige. Ce système n'empêcherait cependant pas la recherche d'une faute professionnelle dans le chef du médecin. Le cas pourrait être poursuivi selon les règles du droit commun au civil et/ou au pénal.

Dans certains pays européens de tels systèmes existent déjà. En France par exemple, un système mixte est en vigueur, c'est-à-dire que la victime soit accepte l'indemnisation et admet donc qu'il s'agit d'un aléa thérapeutique, soit la victime ne l'accepte pas et fait recours devant un tribunal. En Belgique, une loi du 15 mai 2007 prévoit également l'instauration d'un « No fault compensation system », toutefois faute de mesures d'exécution le système n'est pas encore en vigueur.

- Procédure d'arbitrage médical

Les partenaires sociaux se prononcent contre le « no fault compensation system ». Ils préconisent un système d'arbitrage professionnel par un collège d'experts médicaux indépendants pouvant être saisis par les personnes lésées. Le système reposerait sur la pratique allemande des « ärztlichen Schlichtungsstellen ».

- Médiation médicale

Le ministère de la Santé est en train d'élaborer un avant-projet de loi concernant les droits du patient. Dans ce cadre il est prévu de créer une instance de médiation médicale qui a pour mission de prendre en charge les plaintes émises par les patients. Les commentaires d'un expert belge ont été pris en compte lors de l'élaboration du projet.

Dans ledit projet la création de deux types de services de médiation est prévue. Un service est compétent pour les affaires extrahospitalières. En ce qui concerne les hôpitaux, il est envisagé en principe de créer un service dans chaque hôpital. Un autre service de médiation prendrait en charge les plaintes du secteur extrahospitalier

Le but du service de médiation sera de permettre aux parties en cause de trouver un accord à l'amiable est de proposer des solutions afin de mettre fin au litige. Il n'est pas compétent pour trancher les affaires. Si les parties n'arrivent pas à se mettre d'accord un recours devant les juridictions est toujours possible.

Prises de position

Les prestataires de soins plaident depuis des années pour l'introduction du « No fault compensation system » tandis que les partenaires sociaux sont plus favorables à l'introduction d'un système de médiation ou d'arbitrage professionnel (médical).

Les partenaires sociaux préfèrent la médiation médicale au « No fault compensation system ». Si le système de la médiation médicale sera mis en place, ils souhaitent que seulement un service de médiation soit créé pour le secteur hospitalier et extrahospitalier et que ce service ne soit pas financé par les cotisations des assurés.

Les prestataires de soins ne sont pas prêts à accepter l'instauration d'un service de médiation en place du « No fault compensation system ».

Par ailleurs, si un système de bonnes pratiques médicales devenait opérationnel, les médecins exigent une protection par le « No fault compensation system ». En effet, devant les tribunaux, le médecin ne pourrait pas invoquer d'avoir suivi les bonnes pratiques médicales et, suivant le cas, serait néanmoins tenu personnellement responsable du dommage survenu. Les médecins comparent le fonctionnement du système « No fault » à celui mis en place par l'assurance accident qui dégage les employeurs de leur responsabilité patronale en cas d'accident du travail d'un salarié.

Conclusion : On n'est pas en présence d'un accord sur les trois solutions différentes proposées.

2.2. Réformer le fonctionnement de la Commission de surveillance

Afin d'optimiser la lutte contre les abus et toutes pratiques de comportements frauduleux, il est proposé de réformer le fonctionnement actuel de la Commission de surveillance.

Une première piste de réflexion analysée au sein du groupe du travail a été celle de changer la composition et la mission de la Commission de surveillance.

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

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

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

Il n'est pas opportun d'attribuer à une même commission, à composition identique, deux terrains d'intervention si différents, d'autant plus que la compétence de l'article 72bis justifie, à l'instar de

Projet de réforme de l'assurance maladie et de l'organisation des soins de santé

la composition du comité directeur, une représentation paritaire, mais au contraire la compétence de l'article 73 nécessite une commission impartiale et indépendante, ne pouvant comporter des membres prenant, de part leur origine syndicale ou professionnelle, partie pour ou contre la personne mise en cause.

Dans le cadre du renforcement des mesures relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude il est indispensable de mettre en place un régime de sanctions pénales et/ou disciplinaires efficaces.

Ainsi il pourrait être envisagé de transférer le premier champ de compétence actuel de la Commission de surveillance, à savoir celui de l'article 72bis relatif aux recours administratifs internes en matières de décisions individuelles relatives aux tarifs et au tiers payant, dans la procédure ordinaire de recours administratif interne qui est la suivante : l'intéressé peut, dans les quarante jours de la notification la décision présidentielle, introduire une opposition écrite devant le comité directeur.

Pourquoi faire une distinction entre d'un côté les décisions présidentielles relatives aux prestations, respectivement relatives aux frais des soins de santé qui suivent déjà actuellement cette procédure de recours commune et d'un autre côté celles relatives aux tarifs et au régime du tiers payant ? Rien ne justifie une procédure à part pour les litiges au sujet d'un tarif en application des nomenclatures et conventions. En application de la modification proposée ces litiges font l'objet d'une décision présidentielle qui peut aussi être contestée devant le comité directeur et dans une deuxième étape contentieuse devant les juridictions sociales.

Une question y relative qui se pose est celle de la composition spéciale du comité directeur pour ces litiges afin d'y associer les délégués prestataires (ou éventuellement remplacement de certains délégués employeurs par des délégués prestataires).

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

Le schéma ci-dessous illustre les **deux régimes actuels** de recours pour les affaires individuelles :

A noter que la Commission de surveillance met en intervention la Caisse nationale de santé dans les cas d'application de ces deux dispositions légales.

1) Toutes décisions individuelles prestations

Décision présidentielle



Décision du comité directeur



Recours devant le CAAS



Recours devant le CSAS

2) Décisions individuelles tarifs

Décision présidentielle



Commission de surveillance



Recours devant CAAS



Recours devant le CSAS

« CAAS = Conseil arbitral des assurances sociales »

« CSAS = Conseil supérieur des assurances sociales »

Après la réforme de la Commission de surveillance, le chemin n°1 sera également retenu pour les décisions individuelles concernant les tarifs, c'est-à-dire devant le comité directeur composé spécialement et associant paritairement les prestataires de soins et les partenaires sociaux.

Cette proposition de modification doit être associée à une analyse détaillée de l'interférence de la procédure de décision administrative individuelle avec celle de poursuite pénale afin d'éviter une contradiction de décisions et afin de pouvoir faire une jonction des affaires.

D'un autre côté, la Commission de surveillance aurait une attribution de poursuite publique afin de lutter contre la fraude et la violation des dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles, notamment lorsqu'elles dépassent les litiges individuels et revêtent un caractère systématique et général.

Dans ces affaires, la commission jouerait le rôle d'une chambre d'instruction. Elle procède à l'enquête, désigne un rapporteur parmi ses membres et si elle retient que les éléments constitutifs d'une situation d'abus sont établis, elle renvoie l'affaire devant les juridictions sociales.

Par ailleurs, dans ces affaires les sanctions que le Conseil arbitral des assurances sociales (ou le Conseil supérieur des assurances sociales) peut prononcer doivent être rendues plus contraignantes et comporter un volet sanctionnateur. Les sanctions financières, afin d'être dissuasives doivent être supérieures aux prestations fraudées, ce qui n'est pas le cas actuellement.

Prises de position

Les partenaires sociaux ne voient pas vraiment la nécessité de modifier la composition de la Commission de surveillance. Par contre, en ce qui concerne les sanctions ils sont aussi d'avis qu'elles doivent être rendues plus importantes.

Les prestataires de soins sont d'avis que les décisions de la Commission étaient jusqu'à présent très pertinentes. Cependant, le fait que la commission se compose seulement d'un délégué du gouvernement et d'un secrétaire qui effectuent seuls le travail administratif n'est pas très favorable dans leurs yeux. Ce qu'il faut absolument éviter c'est le non-fonctionnement d'une telle institution pendant des années comme c'était le cas par le passé.

De plus, en ce qui concerne le rattachement des affaires individuelles à la compétence du comité directeur (spécialement composé), les prestataires s'opposent à une composition à l'image de la Commission de nomenclature où les représentants (fonctionnaires) de l'administration disposent de la majorité des voix.

Conclusion : Les partenaires sociaux ont une ouverture d'esprit en ce qui concerne la modification des sanctions de la Commission de surveillance tandis que les prestataires de soins préfèrent que le fonctionnement de la Commission de surveillance reste inchangé.

Projet de réforme de l'assurance maladie et de l'organisation des soins de santé

Remarque : Lors de l'analyse de cette piste de réflexion au sein du GT 6 de nouveaux éléments sont apparus de sorte que la réforme de la Commission de surveillance doit être reconsidérée !

2.3 Redéfinition des missions du Contrôle médical de la sécurité sociale/Bonnes pratiques médicales

Voici les principaux changements des missions du CMSS :

Premièrement, il y a lieu d'améliorer la qualité de la médecine en général et d'améliorer la qualité des soins dans les établissements de soins.

Il y a également lieu d'introduire le principe de la médecine basée sur les bonnes pratiques médicales.

Par ailleurs, le Conseil scientifique pourrait être rattaché au Contrôle médical de la sécurité sociale. Une collaboration avec la Haute autorité de santé en France (HAS) est envisageable notamment en ce qui concerne la détermination des bonnes pratiques médicales. Il est également proposé de prendre appui sur la nomenclature française (Classification commune des actes médicaux). Les nouvelles missions du Contrôle médical seront déterminées dans un esprit de l'utile et du nécessaire.

L'alignement avec l'étranger est indispensable et il faut analyser par des statistiques si les prestations ainsi que le service dans les hôpitaux et les établissements de soins correspondent à une bonne qualité.

Statut Haute autorité de santé : « Il s'agit d'un organisme d'expertise scientifique, consultatif, public et indépendant. La HAS a le statut d'autorité publique indépendante. Elle est chargée d'évaluer l'utilité médicale de l'ensemble des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie, elle met en œuvre la certification des établissements de santé. La HAS formule des recommandations et rend des avis indépendants, impartiaux et faisant autorité. Ils permettent d'améliorer la qualité des pratiques professionnelles et des soins prodigués au patient. »

Par ailleurs, il y a lieu d'analyser la valeur juridique (opposabilité, caractère obligatoire) de telles bonnes pratiques médicales.

Remarque : Après reconsidération de ce sujet, il a été décidé qu'il serait mieux qu'une institution indépendante comme la Haute autorité de santé en France élabore les bonnes pratiques médicales.

Prises de position

Les partenaires sociaux sont en général d'accord avec les idées avancées. Cependant, ils souhaitent être impliqués aux travaux du CMSS par la création d'un comité directeur auprès de ce dernier. En outre, une participation aux activités du Conseil scientifique est également demandé vu que les intérêts des prestataires de soins y sont représentés et les leurs ne le sont pas.

Projet de réforme de l'assurance maladie et de l'organisation des soins de santé

De même, l'introduction au Luxembourg d'une nomenclature comme la Classification commune des actes où chaque acte est en relation avec l'autre ne sera pas facile à réaliser.

Les partenaires sociaux ont aussi des soucis en ce qui concerne la disposition que certains actes peuvent seulement encore être effectués par certains prestataires de soins ou dans certains établissements de soins. Ceci ne sera pas évident à transposer dans notre système.

Les prestataires de soins sont favorables à l'introduction d'une institution avec des attributions semblables à celles de la Haute autorité en France sous condition que cette institution aurait un statut indépendant.

Cependant, ils sont seulement d'accord avec l'introduction des bonnes pratiques médicales si les médecins ne peuvent pas être condamnés s'ils ont respecté ces dernières.

Conclusion : En principe, il y a un accord sur cette proposition. Cependant, les prestataires de soins souhaitent être protégé par la loi si les bonnes pratiques seront introduites et les partenaires sociaux veulent avoir plus de droits d'intervention.

3. Qu'est-ce qui a été fait ?

Médiation médicale/No fault compensation system :

- Le système de la médiation médicale a été intégré dans l'avant-projet de loi concernant les droits du patient pour le volet de la santé
- Recherches législations étrangères sur le « No fault compensation system ». Quand ce dernier sera mis en place, un alignement à celui en vigueur en France est prévu

Redéfinition des missions du CMSS/Bonnes pratiques médicales :

- Recherche sur le système français concernant le fonctionnement d'une telle institution indépendante (HAS)

4. Qu'est-ce qui doit être fait ?

Médiation médicale/No fault compensation system :

- En ce qui concerne ce sujet, il reste à décider laquelle des trois pistes proposées sera retenue
- Intégration de ces dispositions dans le Code de la sécurité sociale,
- Création de nouvelles institutions/Modification d'institutions existantes
- Détermination du financement d'un tel système

Commission de surveillance : Ce sujet doit encore une fois être reconsidéré.

Redéfinition des missions du CMSS/Bonnes pratiques médicales :

- Création d'une nouvelle institution
- Réorganisation des services du CMSS
- Définition des bonnes pratiques médicales (pas de consentement avec les prestataires de soins)
- Modification du Code de la sécurité sociale

5. Conclusion finale

Il a été difficile de trouver un accord commun concernant le sujet de la médiation médicale. En effet, les prestataires de soins plaident pour le « No fault compensation system » tandis que les partenaires sociaux sont contre l'instauration d'un tel système et préfèrent un système de médiation ou d'arbitrage professionnel (médical) et ne veulent pas que le nouveau projet sera financé par les cotisations des assurés.

A ce stade, une décision concernant la réforme de la Commission de surveillance ne peut être prise vu que ce sujet doit encore une fois être reconsidéré.

Le troisième sujet, à savoir la redéfinition des missions du CMSS des consentements ont pu être trouvés en ce qui concerne l'instauration d'une autorité indépendante semblable à la HAS et la restructuration des services du CMSS. Par contre, les prestataires de soins lient l'instauration des bonnes pratiques à la condition d'un « No fault compensation system ».

Validé le 15 mars 2010 par le président du groupe de travail