

**A-2438/12-7**



**CHFEP**

Chambre des fonctionnaires  
et employés publics

11-A, avenue de la Porte-Neuve | L-2227 Luxembourg | Tél.: 47 22 24 | Fax: 47 23 74 | E-mail: [chfep@chfep.lu](mailto:chfep@chfep.lu)

# A V I S

**sur**

**le projet de règlement grand-ducal déterminant les modalités de  
calcul de la base de remboursement des médicaments substituables**

Par dépêche du 7 décembre 2011, entrée au secrétariat de la Chambre des fonctionnaires et employés publics à la date du 13 seulement, Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale a demandé, "*dans les meilleurs délais*" bien évidemment, l'avis de la Chambre sur le projet de règlement grand-ducal spécifié à l'intitulé.

Le projet en question est pris en exécution de l'article 22bis, alinéa 3, du Code de la sécurité sociale, tel que celui-ci a été modifié par la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé. Il a pour objet, tel que cela résulte d'ailleurs de son intitulé, de déterminer les modalités d'après lesquelles la base de remboursement des médicaments dits "*substituables*" sera calculée.

### **Quant à la procédure**

Avant de prendre position quant au fond, la Chambre des fonctionnaires et employés publics se doit de protester énergiquement contre la façon dont le gouvernement entend expédier le dossier sous rubrique.

En effet, considérant:

- que la loi servant de base au projet remonte au 17 décembre 2010;
- que le Ministère a donc mis près d'une année à "*élaborer*" un projet de 6 articles qui remplissent à peine une page et demie;
- que ce projet est transmis "*pour avis*" à la Chambre vers la mi-décembre, donc juste avant la période des vacances et fêtes de fin d'année;
- et que, finalement, la disposition légale habilitante est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012,

la seule conclusion à en tirer est celle que le gouvernement ne semble procéder, une fois de plus, à la consultation des chambres professionnelles que pour la seule raison que la loi l'y oblige.

### **Quant au fond**

Aux termes de l'article 22bis, alinéa 2, du Code de la sécurité sociale, *"la Caisse nationale de santé fixe pour tous les médicaments inscrits dans la liste positive et susceptibles de substitution (...) une base de remboursement qui constitue le montant sur lequel porte (...) la prise en charge de l'assurance maladie-maternité"*.

Selon la phrase finale de l'alinéa 3 dudit article, *"les modalités de calcul de la base de remboursement sont précisées par règlement grand-ducal"*.

En exécution de cette disposition, le projet sous avis fixe la base de remboursement unitaire *"au prix au public unitaire le moins cher des deux médicaments"* au cas où leur groupe générique n'en comprend que deux. Si l'ensemble des médicaments au sein du groupe générique en comprend plus, l'application d'une formule de calcul exprimée de façon compliquée fera que la base de remboursement *"se situe(ra) dans le tiers inférieur des prix pratiqués"*.

Dans la pratique, cela signifie donc que le remboursement par la Caisse nationale de santé aux assurés sera à l'avenir, en règle générale, inférieur à ce qu'il représente aujourd'hui.

Dans son avis n° A-2327 du 10 novembre 2010 sur le projet qui est devenu la loi précitée du 17 décembre 2010, la Chambre des fonctionnaires et employés publics ne s'était pas opposée au principe de la substitution de médicaments, *"dans la mesure où le produit générique offre un effet thérapeutique non seulement semblable, mais tout à fait identique à celui du produit de marque"*.

Dans ledit texte, elle avait cependant aussi constaté que le projet de loi *"ne prévoit aucune exception au principe de la substitution, risquant ainsi de poser problème dans l'un ou l'autre cas exceptionnel"*.

Elle se voit aujourd'hui confirmée dans son appréhension dans la mesure où le fait pour le patient de refuser le générique et d'insister sur la délivrance du médicament effectivement prescrit par le mé-

decin aura comme conséquence un remboursement moindre de la part de l'assurance maladie.

D'autre part, l'on peut légitimement se poser la question de savoir si le projet sous avis ne va pas dans la direction d'un traitement de première et deuxième classe, ceux des patients qui en ont les moyens continuant à se faire délivrer le médicament prescrit quitte à payer une participation plus élevée.

La Chambre tient en outre à rappeler qu'aux termes de l'exposé des motifs ayant accompagné le projet devenu la loi du 17 décembre 2010, *"il est nécessaire d'adopter une approche globale qui responsabilise le médecin prescripteur, le pharmacien et le patient:*

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

La Chambre des fonctionnaires et employés publics constate que les droits et devoirs du pharmacien et de l'assuré ont bien été repris dans les textes légaux et réglementaires. Elle se demande toutefois dans quelle mesure le médecin s'acquittera de sa part de responsabilité dans le cadre de cette *"approche globale"*.

En effet, le médecin reste libre de prescrire le médicament susceptible d'être substitué sous sa dénomination originale, au lieu de délivrer une prescription *"en dénomination commune internationale (substance active) ou dans des groupes de médicaments dont le brevet est tombé"*.

Ensuite, la Chambre donne à considérer que, au cas où un médicament n'est temporairement pas disponible, l'assuré en fera les frais puisqu'il verra son remboursement calculé sur la base d'un médicament qu'il est dans l'impossibilité matérielle d'acheter.

Par ailleurs, la Chambre des fonctionnaires et employés publics voudrait rendre attentif au fait que le conditionnement n'est pas le même pour tous les médicaments, ce qui signifie qu'un patient optera peut-être pour une boîte de 20 comprimés moins chère que telle autre qui n'en contient que 12, même si le médecin n'en a prescrit que 10 à prendre! La "*SuperDrecksKëscht*" sera ravie ...

Finalement, la Chambre a pris note de l'affirmation figurant au commentaire de l'article 1<sup>er</sup>, selon laquelle "*les bases de remboursement sont recalculées et publiées trimestriellement*" au Mémorial. Considérant par ailleurs que la Direction de la Santé doit à son tour établir "*une liste des groupes de médicaments, appelés groupes génériques*" qui est "*mise à jour mensuellement et communiquée à la Caisse nationale de santé*", la Chambre des fonctionnaires et employés publics constate que l'on se trouve, une fois de plus, en face de mesures qui sont le contraire de la "*simplification administrative*" invoquée à tort et à travers par le gouvernement!

Ce n'est donc qu'avec les plus grandes réserves et en renvoyant à toutes les remarques qui précèdent que la Chambre des fonctionnaires et employés publics pourrait se voir en mesure de se déclarer d'accord avec le projet de règlement grand-ducal lui soumis pour avis.

Ainsi délibéré en séance plénière le 19 janvier 2012.

Le Directeur,

G. MULLER

Le Président,

E. HAAG