

MEMORIAL

Journal Officiel
du Grand-Duché de
Luxembourg



MEMORIAL

Amtsblatt
des Großherzogtums
Luxemburg

RECUEIL DE LEGISLATION

A—N° 52

27 juillet 1992

Sommaire

REFORME DE L'ASSURANCE MALADIE ET DU SECTEUR DE LA SANTE

Loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé page **1658**

CHAPITRE I - ETENDUE DE L'ASSURANCE (Art.1 ^{er} à 7)	1658	CHAPITRE IV — ORGANISATION (Art.44 à 59)	1665
Assurance obligatoire (Art.1 ^{er})	1658	L'union des caisses de maladie (Art.45 à 50)	1666
Assurance volontaire (Art.2)	1659	Les caisses de maladie (Art.51 à 57)	1667
Détachement à l'étranger (Art.3)	1659	Dispositions communes aux différents organes (Art.58)	1669
Exemption et dispense de l'assurance (Art.4 à 6)	1659	Surveillance de l'Etat (Art.59)	1669
Protection des membres de la famille (Art.7)	1659	CHAPITRE V — RELATIONS AVEC LES PRESTATAIRES DE SOINS (Art.60 à 80)	1670
CHAPITRE II — OBJET DE L'ASSURANCE (Art.8 à 27)	1660	Relations dans le secteur extra-hospitalier (Art.61 à 73)	1670
Indemnité pécuniaire de maladie (Art.9 à 16)	1660	Relations avec le secteur hospitalier (Art. 74 à 79)	1673
Prestations de soins de santé (Art.17 à 24)	1661	Action concertée (Art.80)	1674
Prestations de maternité (Art.25 et 26)	1662	CHAPITRE VI — DISPOSITIONS DIVERSES (Art.81 à 84)	1674
Indemnité funéraire (Art.27)	1662	Concours de l'assurance et de l'assistance (Art. 81)	1674
CHAPITRE III — FINANCEMENT (Art.28 à 43)	1663	Concours avec la responsabilité de tiers (Art. 82)	1675
Système de financement (Art.28)	1663	Contestations et voies de recours (Art.83)	1675
Taux de cotisation (Art.29 et 30)	1663	Paiement et prescription des prestations (Art.84)	1675
Charge des cotisations (Art.31 et 32)	1663	DISPOSITIONS ADDITIONNELLES	1675
Assiette de cotisation (Art.33 à 39)	1664	DISPOSITIONS RELATIVES AU SECTEUR DE LA SANTE	1683
Prestations de maternité (Art.40)	1665	DISPOSITIONS TRANSITOIRES	1686
Administration du patrimoine (Art.41)	1665	DISPOSITIONS ABROGATOIRES	1689
Paiement des cotisations (Art.42)	1665	ENTREE EN VIGUEUR	1689
Remboursement des cotisations (Art.43)	1665		

Loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé.

Nous JEAN, par la grâce de Dieu, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau;
Notre Conseil d'Etat entendu;
De l'assentiment de la Chambre des Députés;
Vu la décision de la Chambre des Députés du 15 juillet 1992 et celle du Conseil d'Etat du 17 juillet 1992 portant qu'il n'y a pas lieu à second vote;

Avons ordonné et ordonnons:

Article I. Le livre I du code des assurances sociales est intitulé «ASSURANCE MALADIE-MATERNITE» et prend la teneur suivante:

CHAPITRE I — ETENDUE DE L'ASSURANCE

Assurance obligatoire

Art. 1^{er}. Sont assurés obligatoirement conformément aux dispositions qui suivent:

- 1) les personnes qui exercent au Grand-Duché de Luxembourg contre rémunération une activité professionnelle pour le compte d'autrui;
- 2) les apprentis bénéficiant au Grand-Duché de Luxembourg d'une formation professionnelle indemnisée;
- 3) les gens de mer occupés sur un navire battant pavillon luxembourgeois et qui, soit possèdent la nationalité luxembourgeoise ou celle d'un pays avec lequel le Luxembourg est lié par un instrument bi- ou multilatéral de sécurité sociale, soit résident au Grand-Duché de Luxembourg;
- 4) les personnes qui exercent au Grand-Duché de Luxembourg pour leur propre compte une activité professionnelle ressortissant de la chambre des métiers, de la chambre de commerce ou de la chambre d'agriculture ou une activité professionnelle ayant un caractère principalement intellectuel et non commercial; sont assimilés à ces personnes les associés qui, soit participent d'une façon effective et continue à la gestion courante, soit détiennent seuls ou ensemble avec leur conjoint plus de la moitié des parts sociales d'une société ou association ayant pour objet une telle activité;
- 5) le conjoint et, pour les activités ressortissant de la chambre d'agriculture, les parents et alliés en ligne directe ou collatérale jusqu'au troisième degré inclusivement d'un assuré au titre du numéro 4), pourvu que le conjoint, le parent ou allié soit âgé de dix-huit ans au moins et prête à cet assuré des services nécessaires dans une mesure telle que ces services peuvent être considérés comme activité principale;
- 6) les membres d'associations religieuses et les personnes pouvant leur être assimilées exerçant au Grand-Duché de Luxembourg une activité dans l'intérêt des malades et de l'utilité générale;
- 7) les personnes visées par la loi du 25 avril 1989 remplaçant la loi du 13 juillet 1982 relative à la coopération et au développement de même que celles visées par la loi du 27 juillet 1992 relative à la participation du Grand-Duché de Luxembourg à des opérations pour le maintien de la paix dans le cadre d'organisations internationales;
- 8) les bénéficiaires d'une pension personnelle ou d'une pension de survie en vertu du livre III du présent code ou de la législation et réglementation sur les pensions d'un régime non contributif luxembourgeois, lorsqu'ils résident au Grand-Duché de Luxembourg;
- 9) les bénéficiaires d'une ou de plusieurs rentes personnelles pour une réduction de la capacité de travail de cinquante pour cent au moins ainsi que d'une rente de survie en vertu de la législation concernant les dommages de guerre, à condition qu'ils résident au Grand-Duché de Luxembourg et qu'ils ne soient pas affiliés obligatoirement à un autre titre;
- 10) les personnes bénéficiant d'un revenu de remplacement sur lequel une retenue de cotisation au titre de la législation luxembourgeoise sur l'assurance maladie est prévue;
- 11) les bénéficiaires d'un complément au titre de la loi modifiée du 26 juillet 1986 sur le revenu minimum garanti;
- 12) les membres de la chambre des députés et les représentants luxembourgeois à l'assemblée des communautés européennes pendant la durée de leur mandat, à condition qu'ils ne soient pas assurés obligatoirement à un autre titre;
- 13) les enfants âgés de moins de dix-huit ans résidant au Grand-Duché de Luxembourg qui ne sont pas assurés à un autre titre et qui ne bénéficient pas d'une protection en tant que membres de famille en vertu de l'article 7;
- 14) les personnes âgées de plus de dix-huit ans poursuivant au Grand-Duché de Luxembourg des études ou une formation professionnelle non indemnisée au titre d'un apprentissage, qui ne sont pas assurées à un autre titre et qui ne bénéficient pas d'une protection en tant que membres de famille en vertu de l'article 7;
- 15) les personnes résidant au Grand-Duché de Luxembourg qui par suite d'infirmité physique ou intellectuelle se trouvent hors d'état de gagner leur vie, qui ne sont pas assurées à un autre titre et qui ne bénéficient pas d'une protection en tant que membres de famille en vertu de l'article 7.

L'assurance peut être étendue suivant des conditions et modalités à déterminer par règlement grand-ducal aux personnes poursuivant des mesures d'insertion ou de réinsertion professionnelles.

Assurance volontaire

Art. 2. La personne qui est âgée de dix-huit ans au moins, qui réside au Grand-Duché de Luxembourg et qui perd la qualité d'assuré ou la protection en qualité de membre de famille au sens de l'article 7, peut demander à continuer son affiliation. Cette demande doit être présentée au centre commun de la sécurité sociale sous peine de forclusion dans un délai de six mois suivant la perte de l'affiliation.

Les personnes résidant au Grand-Duché de Luxembourg qui ne peuvent bénéficier autrement d'une protection en matière d'assurance maladie ont la faculté de s'assurer volontairement. Le droit aux prestations n'est ouvert qu'après un stage d'assurance de trois mois à partir de la présentation de la demande au centre commun de la sécurité sociale.

Les conditions et les modalités de l'assurance continuée et de l'assurance facultative peuvent être précisées par règlement grand-ducal.

Détachement à l'étranger

Art. 3. Les assurés normalement occupés au Grand-Duché de Luxembourg qui sont détachés temporairement à l'étranger par leur employeur restent affiliés à l'assurance maladie luxembourgeoise.

Exemption et dispense de l'assurance

Art. 4. Sont dispensées de l'assurance obligatoire les personnes qui exercent leur activité professionnelle uniquement d'une façon occasionnelle et non habituelle et ce pour une durée déterminée à l'avance qui ne doit pas dépasser trois mois par année de calendrier.

Ne sont en outre pas assujetties à l'assurance en vertu de la présente loi, les personnes soumises à un régime d'assurance maladie en raison de leur activité au service d'un organisme international ou en vertu d'une pension leur accordée à ce titre.

L'occupation d'élèves et d'étudiants pendant leurs vacances scolaires ne donne pas lieu à affiliation.

Sur demande de l'intéressé, le centre commun de la sécurité sociale peut dispenser de l'affiliation la personne exerçant pour le compte de tiers et à titre accessoire une activité dans le domaine culturel, social ou sportif.

Art. 5. Est dispensé sur sa demande le conjoint aidant visé à l'article 1^{er} numéro 5) ou le conjoint assuré au titre de l'article 1^{er} numéro 4) du fait qu'il ne détient pas seul mais ensemble avec son conjoint plus de la moitié des parts sociales de la société ou de l'association. Cette dispense n'est pas applicable au conjoint d'un assuré agricole ou d'un aidant agricole et ne peut être accordée qu'ensemble avec celle prévue par l'article 180, alinéa 1 en matière d'assurance pension.

Sont exclues de l'assurance les activités non salariées même exercées à titre accessoire, lorsque le revenu professionnel en retiré ne dépasse pas un tiers du salaire social minimum de référence par an. Si plusieurs personnes exercent une activité dans une exploitation agricole, le revenu total de celle-ci, déterminé conformément à l'article 36, est pris en considération.

Ne sont pas admises à l'assurance au titre de l'article 1^{er} numéro 1) les personnes qui exercent une activité professionnelle pour le compte du conjoint ou pour le compte d'une société ou association dans laquelle le conjoint assume une activité assurée en vertu de l'article 1^{er}, numéro 4). Il en est de même des parents ou alliés visés à l'article 1^{er}, numéro 5).

Art. 6. Sont dispensées de l'assurance sur demande, les personnes exerçant pendant une durée ne dépassant pas une année une activité professionnelle au Luxembourg et affiliées à un régime d'assurance maladie étranger. Cette dispense peut être prorogée jusqu'à concurrence d'une nouvelle période d'une année par le centre commun de la sécurité sociale et au-delà de cette limite par le ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale.

Protection des membres de famille

Art. 7. Le bénéfice de l'assurance obligatoire et de l'assurance volontaire s'étend :

- 1) au conjoint;
- 2) au parent et allié en ligne directe ou collatérale jusqu'au troisième degré qui à défaut de conjoint tient le ménage de l'assuré principal;
- 3) aux enfants légitimes, légitimés, naturels et adoptifs de l'assuré principal ouvrant droit aux allocations familiales;
- 4) aux enfants recueillis d'une manière durable dans le ménage de l'assuré et auxquels celui-ci assure l'éducation et l'entretien, pour autant que l'assuré ou son conjoint soit attributaire des allocations familiales;
- 5) aux ayants-droit visés sous 3) et 4) qui n'ouvrent pas droit aux allocations familiales lorsqu'ils sont âgés de moins de trente ans et qu'ils disposent de ressources inférieures au revenu minimum garanti pour une personne seule tel que défini par la loi modifiée du 26 juillet 1986.

Le bénéfice du présent article est subordonné à la condition que l'intéressé ne soit pas affilié personnellement et, sauf en cas d'études ou de formation professionnelle, qu'il réside au Grand-Duché de Luxembourg.

Dans des cas exceptionnels et pour des motifs graves, l'union des caisses de maladie peut accorder dispense des conditions d'âge et de résidence prévues aux deux alinéas qui précèdent.

Chaque membre de famille n'est protégé que dans le chef d'un seul assuré principal, à savoir celui vivant en communauté domestique avec le membre de famille ou en assurant l'éducation et l'entretien. Si ces conditions sont remplies à l'égard de plusieurs assurés principaux, la protection opère dans le chef de l'assuré principal le plus âgé.

CHAPITRE II — OBJET DE L'ASSURANCE

Art. 8. L'assurance a principalement pour objet, dans les limites fixées par la présente loi et les statuts :

- le paiement d'une indemnité pécuniaire de maladie;
- la prise en charge des soins de santé;
- la prise en charge des prestations de maternité;
- le paiement d'une indemnité funéraire.

Indemnité pécuniaire de maladie

Art. 9. En cas d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident non professionnel, la perte de revenu professionnel est compensée par l'attribution d'une indemnité pécuniaire de maladie.

Art. 10. Pour les salariés, l'indemnité pécuniaire de maladie est calculée par référence à la rémunération brute que l'assuré aurait gagnée en cas de continuation du travail pendant le congé de maladie.

Par dérogation à l'alinéa qui précède, les statuts peuvent prendre en compte une période précédant l'incapacité de travail dans les cas où la détermination de la rémunération de référence y prévue ou de certains de ses éléments s'avère impossible. Ils peuvent en outre prévoir les modalités particulières de la détermination de la rémunération de référence en cas d'incapacité de travail prolongée, en cas de travail occasionnel, saisonnier ou d'autres formes de travail atypique ainsi que pour tenir compte de l'aménagement du temps de travail et du mode de rémunération.

Les allocations et indemnités purement occasionnelles ainsi que les gratifications ne sont pas prises en considération. Les rémunérations en nature sont portées en compte suivant la valeur fixée périodiquement par règlement grand-ducal.

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

Art. 11. L'indemnité pécuniaire due à un salarié prend cours à partir du premier jour ouvré de l'incapacité de travail, à condition que celle-ci ait été déclarée dans les formes et délais prévus par les statuts.

L'indemnité pécuniaire est suspendue en cas de conservation légale ou conventionnelle de la rémunération.

Sauf dans les cas prévus par les statuts, l'employeur est tenu d'avancer pour compte de l'assurance maladie l'indemnité pécuniaire se rapportant au mois de calendrier de la survenance de l'incapacité de travail et aux trois mois subséquents ainsi que les impôts y relatifs. Les statuts règlent les modalités de la computation de cette période en cas d'incapacité de travail discontinue et peuvent prévoir que l'obligation d'avancer l'indemnité pécuniaire incombe à l'employeur également pour la période postérieure en ce qui concerne les assurés affiliés à une caisse de maladie d'entreprise. Ils déterminent également les modalités du remboursement de l'indemnité pécuniaire par l'assurance maladie à l'employeur. L'indemnité pécuniaire avancée indûment peut être compensée avec la rémunération due pour une période de travail dans les limites de la loi modifiée du 11 novembre 1970 sur les cessions et saisies des rémunérations de travail ainsi que des pensions et rentes.

L'indemnité pécuniaire due à un salarié est soumise aux cotisations au titre de l'assurance maladie et de l'assurance pension, à l'instar de la rémunération sur base de laquelle elle est calculée, mais exempte des cotisations en matière d'assurance accidents et d'allocations familiales. Les statuts peuvent prévoir que ces cotisations sont également avancées par l'employeur.

Art. 12. Pour les non salariés, l'indemnité pécuniaire correspond à l'assiette cotisable appliquée au moment de la survenance de l'incapacité de travail. Si la période indemnisée est inférieure à un mois, chaque jour est compté uniformément pour un trentième du mois. Toute modification de l'assiette cotisable implique le recalcul de l'indemnité pécuniaire.

L'indemnité pécuniaire ne peut dépasser le quintuple du salaire social minimum de référence.

L'indemnité pécuniaire accordée aux non salariés reste suspendue jusqu'au premier jour du quatrième mois suivant celui pendant lequel l'incapacité de travail a été déclarée dans la forme prévue par les statuts.

Art. 13. En cas d'exercice de plusieurs activités de nature différente, salariées ou non salariées, les différentes indemnités pécuniaires peuvent être cumulées jusqu'à concurrence du quintuple du salaire social minimum de référence. En cas de dépassement de ce plafond, les indemnités pécuniaires sont réduites proportionnellement. Pour la computation du minimum prévu à l'article 10, alinéa final, il est également tenu compte de l'ensemble des différentes indemnités pécuniaires.

Art. 14. L'indemnité pécuniaire est accordée tant que persiste l'incapacité de travail suivant l'appréciation du contrôle médical de la sécurité sociale. Les prolongations éventuelles sont à déclarer dans les formes et délais prévus par les statuts.

L'indemnité pécuniaire est accordée pendant cinquante-deux semaines au plus, même si une nouvelle maladie survient pendant cette période. Si l'assuré, qui a recouvré sa capacité de travail, est de nouveau touché d'incapacité de travail par suite d'une autre maladie, il a un nouveau droit à l'indemnité pécuniaire de maladie.

Le droit à l'indemnité pécuniaire pour un même cas de maladie est rétabli, lorsque l'affilié a entretemps exercé une occupation assujettie pendant cinquante-deux semaines. Les statuts règlent la computation des périodes de travail et d'incapacité de travail discontinues prévue au présent alinéa.

Art. 15. L'indemnité pécuniaire n'est accordée qu'aux personnes âgées de moins de soixante-huit ans et assurées en vertu de l'article 1^{er}, numéros 1) à 5).

L'indemnité pécuniaire découlant d'une activité exercée avant l'échéance du risque invalidité prend fin à la date où les conditions d'attribution de la pension d'invalidité visées aux articles 186 et 187 du présent code sont remplies. Au cas où l'indemnité pécuniaire a été versée au-delà de cette date, le versement cesse à la fin du mois au cours duquel le contrôle médical de la sécurité sociale a constaté l'invalidité, le trop-perçu éventuel restant acquis à l'intéressé. En cas de reprise d'une activité soumise à l'assurance, l'article 14, alinéa 3 est applicable.

Art. 16. Le droit à l'indemnité pécuniaire de maladie existe dès le commencement de l'exercice de l'activité professionnelle visée à l'article 1^{er} sous 1) à 5). En cas de cessation de l'affiliation, le droit est maintenu tant que dure l'incapacité de travail, sous réserve de l'application des dispositions de l'article 14, alinéa 2, première phrase.

Le droit à l'indemnité pécuniaire de maladie est suspendu tant que le bénéficiaire se trouve en état de détention ou séjourne à l'étranger sans autorisation préalable de la caisse de maladie compétente.

L'indemnité pécuniaire est refusée ou retirée si l'assuré se soustrait sans motif valable au contrôle médical.

Les statuts peuvent imposer aux personnes ayant droit à l'indemnité pécuniaire l'observation de certaines règles sous peine d'une amende d'ordre ne dépassant pas le triple de l'indemnité pécuniaire journalière.

Prestations de soins de santé

Art. 17. Sont pris en charge dans une mesure suffisante et appropriée :

- 1) les soins de médecine et de médecine dentaire;
- 2) les traitements paramédicaux;
- 3) les analyses et examens de laboratoire;
- 4) les prothèses dentaires et orthopédiques, les orthèses et épithèses;
- 5) les produits et spécialités pharmaceutiques;
- 6) les moyens curatifs accessoires et adjuvants;
- 7) les frais d'entretien en cas d'hospitalisation sauf pour le cas de simple hébergement;
- 8) les cures thérapeutiques et de convalescence;
- 9) les frais de voyage et de transport.

Est considéré comme simple hébergement le séjour à l'hôpital d'une personne pour laquelle les soins en vue de sa guérison, de l'amélioration de son état de santé ou de l'atténuation de ses souffrances peuvent être dispensés en dehors du milieu hospitalier. Ces critères peuvent être précisés par règlement grand-ducal.

Les programmes de médecine préventive sont élaborés par la direction de la santé en collaboration avec l'union des caisses de maladie. Pour autant qu'il s'agit d'une organisation commune, les modalités de réalisation et de financement du programme font l'objet d'une convention entre le ministre ayant dans ses attributions la santé et l'union des caisses de maladie.

Art. 18. Les prestations de soins de santé sont accordées dès le premier jour de l'affiliation sans préjudice toutefois des dispositions de l'article 2, alinéa 2.

En cas de cessation de l'affiliation, le droit aux prestations de soins de santé est maintenu pour une durée à fixer par les statuts qui ne peut être supérieure à une année.

Le droit aux prestations de soins de santé est suspendu tant que l'assuré se trouve en état de détention.

Le droit aux prestations de soins de santé des gens de mer visés à l'article 1^{er}, sous 3) est suspendu tant et pour autant que l'armateur est obligé d'en assumer la charge conformément à l'article 101 de la loi du 9 novembre 1990 ayant pour objet la création d'un registre public maritime luxembourgeois.

Art. 19. Les assurés sont libres de s'adresser aux prestataires de soins de leur choix.

Ne sont prises en charge par l'assurance maladie que les actes, services et fournitures inscrits dans la nomenclature ou les listes prévues par les lois, règlements, conventions et statuts, et dispensés par des personnes ou des institutions admises à exercer leur art, leur profession ou leur industrie sur le territoire du Grand-Duché de Luxembourg.

Lorsqu'une personne protégée présente une pathologie inhabituelle justifiant un acte ne figurant pas dans les nomenclatures pour les médecins et pour les médecins-dentistes, l'acte en cause peut être pris en charge dans le cadre de l'assurance maladie sur avis favorable du contrôle médical de la sécurité sociale. L'avis est émis cas par cas sur présentation d'un certificat circonstancié du médecin traitant et assimile l'acte exceptionnel à un autre acte de même importance en vue de la fixation du tarif.

Art. 20. Les actes, services et fournitures à l'étranger sont pris en charge :

- s'il s'agit d'un traitement d'urgence reçu en cas de maladie ou d'accident survenus à l'étranger, ou
- après autorisation préalable donnée par le contrôle médical de la sécurité sociale conformément aux conditions et modalités fixées dans les statuts; toutefois, l'autorisation ne peut être refusée si le traitement n'est pas possible au Grand-Duché de Luxembourg.

En cas de traitement dans un pays avec lequel le Grand-Duché de Luxembourg n'est pas lié par un instrument bi-ou multilatéral en matière d'assurance maladie, le remboursement est effectué sur base des tarifs applicables au Luxembourg sans pouvoir dépasser les frais effectifs. Pour les traitements en milieu hospitalier, la prise en charge est effectuée jusqu'à concurrence du coût moyen d'hospitalisation au Luxembourg; elle peut toutefois être majorée dans les conditions et modalités à fixer par les statuts.

Art. 21. Tout prestataire de soins de santé visé à l'article 61 du présent code, détenteur d'un dossier médical ou d'éléments d'un tel dossier, de données médicales sous forme de rapports médicaux, de résultats d'analyses, de comptes rendus d'investigations diagnostiques, d'ordonnances ou de prescriptions, de radiographies ou de tout document ou effet intéressant l'état de santé ou le traitement thérapeutique d'un malade, doit en donner communication, le cas échéant sous forme de copie, au médecin désigné par le malade et, sur demande, au contrôle médical de la sécurité sociale.

Au cas où le dépositaire aurait perdu ou égaré les documents ou ne saurait produire les pièces dont il est détenteur dans le délai d'une quinzaine à partir de la requête écrite de l'assuré, celui-ci peut demander au dépositaire la restitution des frais et honoraires qu'il peut justifier avoir exposés pour la constitution du dossier afférent, ce sans préjudice du droit de l'union des caisses de maladie de récupérer les frais qu'elle a supportés.

Les données médicales peuvent être regroupées dans une carte sanitaire électronique à introduire par règlement grand-ducal.

Art. 22. La prise en charge des actes, services et fournitures se fait suivant les conditions, modalités et taux déterminés par les statuts.

Art. 23. Les prestations à charge de l'assurance maladie accordées à la suite de prescriptions et ordonnances médicales doivent correspondre au mieux à l'état de santé des assurés. Elles ne peuvent dépasser l'utile et le nécessaire et doivent être faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement et être conformes aux données acquises par la science et à la déontologie médicale.

Les statuts de l'union des caisses de maladie prévoient à titre de sanction des participations plus élevées ou le refus de la prise en charge de prestations dans le chef d'assurés dont la consommation de prestations à charge de l'assurance maladie est considérée comme abusive d'après des normes y établies, le contrôle médical de la sécurité sociale entendu en son avis.

Art. 24. Les prestations de soins de santé sont accordées, soit sous forme de remboursement par les caisses de maladie aux personnes protégées qui ont fait l'avance des frais, soit sous forme de prise en charge directe par l'union des caisses de maladie, le prestataire de soins n'ayant dans ce dernier cas d'action contre la personne protégée que pour la participation statutaire éventuelle de celle-ci. A défaut de disposition conventionnelle contraire, le mode de la prise en charge directe ne s'applique qu'aux actes, services et fournitures ci-après:

- les analyses et examens de laboratoire;
- en cas de séjour de douze heures au moins en milieu hospitalier, l'ensemble des frais d'entretien et de traitement, à l'exception des honoraires médicaux;
- les produits et spécialités pharmaceutiques, dispensés en dehors du milieu hospitalier stationnaire aux personnes protégées relevant de la compétence des caisses de maladie visées à l'article 51, alinéa 2, numéros 1) et 2);
- la rééducation et la réadaptation fonctionnelles dans un établissement spécialisé;
- la transfusion sanguine.

Prestations de maternité

Art. 25. Pendant les périodes déterminées par référence à l'article 3 de la loi du 3 juillet 1975 concernant la protection de la maternité de la femme au travail et pendant le congé d'accueil prévu par l'article 1^{er} de la loi du 14 mars 1988 portant création d'un congé d'accueil pour les salariés du secteur privé, l'assurée affiliée à titre obligatoire pendant six mois au moins au cours de l'année précédant le congé de maternité ou d'accueil, a droit à une indemnité pécuniaire de maternité qui est égale à l'indemnité pécuniaire de maladie sans pouvoir être cumulée avec celle-ci. Quand l'accouchement a lieu après la date présumée dans le certificat médical, le droit à l'indemnité pécuniaire de maternité est étendu jusqu'à la date effective de l'accouchement.

Les dispositions prévues aux articles 10, 11, alinéas 2 et 4, 12, alinéas 1 et 2, 13 et 15, alinéa 1 sont applicables.

Art. 26. Les assurées bénéficient lors de l'accouchement des soins d'une sage-femme, de l'assistance médicale, du séjour dans une maternité ou clinique, de fournitures pharmaceutiques et de produits diététiques pour nourrissons.

Ces prestations sont prises en charge forfaitairement suivant les modalités fixées par règlement grand-ducal.

Indemnité funéraire

Art. 27. En cas de décès d'un assuré ou d'un membre de famille protégé en vertu de l'article 7, il est alloué une indemnité funéraire dont le montant et les modalités de versement sont fixés par les statuts.

CHAPITRE III — FINANCEMENT

Systeme de financement

Art. 28. Pour faire face aux charges qui incombent à l'assurance maladie-maternité, l'union des caisses de maladie applique le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve qui ne peut être inférieure à dix pour cent, ni supérieure à vingt pour cent du montant annuel des dépenses.

En dehors des revenus de placement et d'autres ressources diverses, les ressources nécessaires sont constituées par des cotisations, sauf pour le financement de l'assurance maternité conformément à l'article 40.

Le conseil d'administration de l'union des caisses de maladie, après avoir entendu les caisses de maladie en leurs propositions, établit le budget global de l'assurance maladie-maternité en projet pour le 1^{er} novembre de chaque année, dans les formes prescrites par l'autorité de surveillance et le soumet aux délibérations de l'assemblée générale pour le quinze novembre au plus tard.

Un règlement grand-ducal précise les règles budgétaires et comptables applicables.

Le budget est accompagné d'une programmation pluriannuelle indiquant de façon prospective l'évolution financière de l'assurance maladie.

Taux de cotisation

Art. 29. Le taux de cotisation pour le financement des soins de santé, applicable pour tous les assurés, est fixé sur base de l'ensemble des dépenses à couvrir par des cotisations en tenant compte d'une surprime à charge de l'Etat correspondant à deux cent cinquante pour cent de ce taux de cotisation sur la masse cotisable des bénéficiaires de pension et d'une surprime à charge de l'Etat correspondant à dix pour cent du même taux sur la masse cotisable des autres assurés.

Toutefois, si la masse cotisable des bénéficiaires de pension dépasse un seuil de trente et un pour cent de la masse cotisable des autres assurés, la surprime de deux cent cinquante pour cent ne s'applique que jusqu'à concurrence de ce seuil et la surprime de dix pour cent s'applique à la masse cotisable des bénéficiaires de pension au-delà de ce seuil.

Rentre dans la masse cotisable des bénéficiaires de pension l'ensemble des assiettes cotisables correspondant aux pensions et rentes visées à l'article 1^{er}, alinéa 1, numéros 8) et 9) ainsi qu'au complément de revenu minimum garanti dont bénéficient les titulaires de ces pensions et rentes.

Les taux de cotisation pour le financement de l'indemnité pécuniaire de maladie sont fixés, en tenant compte d'une surprime à charge de l'Etat correspondant à dix pour cent de ces taux, séparément pour:

- a) les salariés bénéficiant de la conservation légale ou conventionnelle de la rémunération au moins pendant le mois de la survenance de l'incapacité de travail et les trois mois subséquents, ainsi que les non salariés;
- b) les salariés ne bénéficiant pas de cette conservation de la rémunération.

Au cas où l'assuré bénéficie de la conservation légale ou conventionnelle de la rémunération sans limitation dans le temps, seul le taux pour le financement des soins de santé est applicable.

Les frais d'administration, la dotation à la réserve et les autres recettes et dépenses non ventilées sont réparties au prorata des différentes prestations y visées par rapport au total des prestations. L'indemnité funéraire est assimilée aux soins de santé pour l'application des dispositions du présent chapitre.

Art. 30. Les taux de cotisation sont refixés par l'assemblée générale avec effet au premier janvier de l'année pour laquelle le budget fait apparaître que le montant de la réserve prévue à l'alinéa 1 de l'article 28, se situe en dehors des limites y prévues.

Si dans les conditions prévues à l'alinéa qui précède, l'assemblée générale n'a pas refixé les taux au 1^{er} décembre, ceux-ci sont arrêtés par le ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale.

Les taux de cotisation refixés sont publiés au Mémorial.

Charge des cotisations

Art. 31. L'Etat supporte les cotisations découlant des surprimes visées à l'article 29, compte tenu, le cas échéant, de l'alinéa 2 de ce même article.

L'Etat verse mensuellement des avances fixées à un douzième de la part de l'Etat, telle que prévue dans le budget annuel global pour l'exercice en cours.

Art. 32. En dehors de l'intervention de l'Etat conformément à l'article qui précède, la charge des cotisations à supporter par les assurés incombe:

- par parts égales aux assurés et aux employeurs en ce qui concerne les assurés visés à l'article 1^{er} sous 1), 2), 3) et 7);
- par parts égales à l'Etat et aux assurés visés à l'article 1^{er}, sous 12);
- entièrement à charge de l'employeur en ce qui concerne les membres de l'armée, de la gendarmerie, de la police, ainsi que le personnel des établissements pénitentiaires et le personnel infirmier de l'hôpital neuropsychiatrique de l'Etat;
- par parts égales aux assurés et aux institutions débitrices des prestations en cause en ce qui concerne les assurés visés à l'article 1^{er} sous 8), 9), 10) et 11);
- entièrement à charge de la congrégation en ce qui concerne les assurés visés à l'article 1^{er} sous 6), pour autant qu'ils sont occupés dans un établissement appartenant à leur congrégation;

- entièrement à charge des assurés visés à l'article 1^{er} sous 4);
 - aux assurés visés à l'article 1^{er} sous 4) en lieu et place de leurs aidants visés au numéro 5) du même article;
 - à l'Etat en ce qui concerne les assurés visés à l'article 1^{er} sous 13) et 15) ainsi que les élèves et étudiants âgés de moins de trente ans, assurés en vertu de l'article 1^{er} sous 14) ou ayant contracté une assurance volontaire en vertu de l'article 2 et ne disposant que de ressources inférieures au revenu minimum garanti pour une personne seule, tel que défini par la loi modifiée du 26 juillet 1986;
- entièrement à charge des autres personnes assurées en vertu de l'article 1^{er}, sous 14) ou de l'article 2.

Assiette de cotisation

Art. 33. L'assiette de cotisation pour l'indemnité pécuniaire de maladie est constituée par le revenu professionnel de l'assuré.

Art. 34. Pour les activités salariées, le revenu professionnel au sens de l'article qui précède, correspond à la rémunération brute y compris tous les appointements et avantages même non exprimés en numéraire dont l'assuré jouit en raison de son occupation soumise à l'assurance, à l'exclusion toutefois des allocations et indemnités purement occasionnelles et des gratifications. La valeur des rémunérations en nature est fixée conformément à l'article 10, alinéa 3.

Les indemnités légales dues par l'employeur au titre d'un préavis sont sujettes à cotisation et sont portées en compte pour la mensualité qu'elles représentent.

Art. 35. Pour les activités non salariées autres qu'agricoles, le revenu professionnel visé à l'article 33 est constitué par le revenu net au sens de l'article 10, numéros 1 et 3 de la loi du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu.

Pour le revenu prévu à l'alinéa qui précède est pris en compte le revenu de l'année d'imposition précédant l'exercice de cotisation et communiqué par l'administration des contributions. Toutefois, si ce revenu n'est pas disponible, est pris en considération le dernier revenu connu. Au cas où postérieurement à la fixation de l'assiette cotisable, le bulletin définitif d'impôts justifie un changement de cotisation, il est loisible à l'assuré de solliciter la modification de l'assiette cotisable.

Le revenu professionnel, le cas échéant, est divisé par le nombre des assurés principaux et des aidants affiliés. Toutefois, pour le conjoint aidant de l'assuré principal, le revenu cotisable ne peut pas dépasser le double du salaire social minimum de référence; le surplus éventuel est mis en compte à l'assuré principal.

La cotisation d'un assuré nouveau est calculée sur le salaire social minimum de référence. Pour la détermination du revenu de référence ultérieur, le revenu professionnel de la première année est divisé par le nombre de mois entiers pour lesquels il a été établi et est multiplié par douze.

Art. 36. Pour les activités non salariées agricoles, le revenu professionnel visé à l'article 33 est fixé forfaitairement suivant les modalités à déterminer par règlement grand-ducal, sur base des productions végétales et animales de l'exploitation agricole au cours de l'année précédant l'exercice de cotisation. Pour autant qu'elles aient été versées au cours de la même année, les aides à la production et les subventions de revenu à spécifier par règlement grand-ducal ainsi que l'indemnité de départ prévue à la loi du 7 mars 1985 portant renouvellement des mesures de reconversion économique et sociale dans l'agriculture, sont prises en compte à titre de revenu professionnel.

Il est loisible au chef d'exploitation de demander avant la fin de l'exercice de cotisation une refixation des cotisations relatives à cet exercice, lorsque la comptabilité régulièrement tenue de l'exploitation fait ressortir pour l'exercice précédant l'exercice de cotisation un revenu professionnel différant de dix pour cent au moins de celui constaté forfaitairement. Le règlement grand-ducal visé à l'alinéa précédant précise les conditions et modalités d'application du présent alinéa et définit la notion d'exploitation agricole et celle de chef d'exploitation.

Pour les travailleurs non salariés exerçant une activité agricole, le revenu professionnel de l'exploitation est divisé, nonobstant toute stipulation conventionnelle éventuelle contraire, par le nombre de personnes ayant travaillé en qualité d'assurés obligatoires au cours du mois pour lequel la cotisation est due.

Art. 37. En cas d'exercice de plusieurs occupations assujetties à l'assurance, l'ensemble des revenus professionnels est soumis à cotisation.

Art. 38. L'assiette de cotisation pour les soins de santé comprend:

- le revenu professionnel visé aux articles 33 à 37 y compris les allocations et indemnités purement occasionnelles ainsi que les gratifications;
- l'ensemble des pensions et rentes de l'assuré visées à l'article 1^{er}, alinéa 1, numéros 8) et 9);
- tout revenu de remplacement sur lequel une retenue de cotisation au titre de la législation luxembourgeoise sur l'assurance maladie est prévue.

Pour les assurés volontaires, l'assiette de cotisation est fixée dans le cadre du règlement grand-ducal prévu à l'alinéa 3 de l'article 2.

Pour les membres d'associations religieuses et les personnes qui leur sont assimilées, occupés dans un établissement appartenant à leur congrégation, l'assiette cotisable est constituée par le salaire social minimum de référence pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans au moins.

Art. 39. L'assiette de cotisation mensuelle ne peut être inférieure au salaire social minimum de référence prévu pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans au moins sauf causes de réduction légalement prévues. En cas d'apprentissage, l'assiette de cotisation se limite à l'indemnité d'apprentissage. De même elle se limite au complément au titre de la loi modifiée du 26 juillet 1986 sur le revenu minimum garanti, à moins qu'elle ne comprenne un autre revenu cotisable.

Le minimum est augmenté de trente pour cent pour le groupe des bénéficiaires de pension en ce qui concerne les soins de santé.

En cas d'occupation à temps partiel, le minimum cotisable est réduit proportionnellement en fonction de la durée de l'occupation par rapport à une occupation normale de cent soixante-treize heures par mois.

Si les pensions ou rentes n'atteignent pas le minimum prévu, le bénéficiaire ne doit la cotisation que jusqu'à concurrence du montant effectif de sa pension, le restant étant à charge de l'organisme débiteur de la pension ou rente.

L'assiette de cotisation annuelle ne peut être supérieure au quintuple des douze salaires sociaux minima mensuels de référence pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans au moins. Toutefois, une personne dont l'assurance obligatoire ou volontaire ne couvre pas une année civile entière, le maximum cotisable correspond au quintuple des salaires sociaux minima mensuels de référence relatifs à la période d'affiliation effective. En cas de dépassement du maximum cotisable, la réduction de l'assiette annuelle s'opère proportionnellement aux rémunérations ou revenus de substitution cumulés.

Pour la computation du minimum et du maximum, les pensions des survivants représentant un même assuré sont prises en considération dans leur ensemble.

Prestations de maternité

Art. 40. L'Etat prend intégralement en charge l'indemnité pécuniaire de maternité et le forfait de maternité prévu à l'article 26.

La première phrase de l'alinéa 6 de l'article 29 et l'alinéa 2 de l'article 31 sont applicables.

Administration du patrimoine

Art. 41. La réserve visée à l'article 28 est placée par l'union des caisses de maladie sans préjudice des alinéas 3 et 4 du présent article à court terme auprès d'un ou de plusieurs établissements de crédit agréés à cet effet par le ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale. Avec l'accord de ce dernier, l'union des caisses de maladie peut toutefois acquérir des immeubles en vue d'y loger ses services administratifs.

L'union des caisses de maladie ne peut contracter des emprunts ou bénéficier de lignes de crédit que pour faire face à des difficultés de trésorerie momentanées. Ils ne sauraient dépasser la durée d'une année et sont soumis à l'autorisation du ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale.

Les immeubles dont la propriété appartient aux différentes caisses de maladie sont mis en compte pour la détermination de la réserve prévue à l'article 28.

Pour la gestion desdits immeubles, l'union des caisses de maladie met à la disposition des caisses de maladie concernées les fonds nécessaires. Les revenus desdits immeubles sont imputés à la réserve prévue à l'article 28.

Paiement des cotisations

Art. 42. La dette de cotisation naît à la fin de chaque mois. La cotisation est perçue chaque mois et devient payable dans les dix jours de l'émission de l'extrait du compte cotisation.

Toutefois, les cotisations dues pour les bénéficiaires de pensions ou de rentes sur leur pension ou rente sont versées par l'organisme débiteur de pension ou de rente aux mêmes dates que les pensions ou rentes.

Remboursement des cotisations

Art. 43. La personne âgée de plus de soixante-huit ans et assurée du chef d'une occupation, a droit sur demande au remboursement par année civile des cotisations à sa charge dues, le cas échéant, pour le financement de l'indemnité pécuniaire de maladie.

CHAPITRE IV — ORGANISATION

Art. 44. La gestion de l'assurance maladie-maternité est assumée conjointement par l'union des caisses de maladie et les neuf caisses de maladie suivantes:

- 1) la caisse de maladie des ouvriers,
- 2) la caisse de maladie des ouvriers de l'ARBED,
- 3) la caisse de maladie des employés privés,
- 4) la caisse de maladie des employés de l'ARBED,
- 5) la caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics,
- 6) la caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux,
- 7) l'entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois,
- 8) la caisse de maladie des professions indépendantes,
- 9) la caisse de maladie agricole.

L'union des caisses de maladie

Art. 45. L'union des caisses de maladie est compétente pour toutes les affaires sous réserve des attributions dévolues aux caisses de maladie en application de l'article 51.

Les organes de l'union des caisses de maladie sont l'assemblée générale et le conseil d'administration.

Art. 46. En dehors du président du conseil d'administration, l'assemblée générale se compose:

- 1) des délégués des assurés des comités-directeurs des caisses de maladie visés à l'article 44;
- 2) des délégués des employeurs faisant partie du comité-directeur des caisses visées à l'article 44 sous 1) et 3) ainsi que du président du comité-directeur des caisses d'entreprise visées à l'article 44 sous 2) et 4).

Il y a autant de délégués suppléants qu'il y a de délégués effectifs.

Dans les votes de l'assemblée générale, chaque délégué assuré dispose d'un nombre de voix pondéré en fonction du nombre des assurés relevant de la compétence de chaque caisse. Les délégués employeurs disposent, ensemble avec les présidents des deux caisses d'entreprise, du nombre de voix correspondant à la différence entre celles des délégués des assurés salariés et celles des délégués des non salariés. Les modalités de vote pondéré sont déterminées par règlement grand-ducal au début de chaque mandat quinquennal.

Art. 47. L'assemblée générale a pour attributions:

- 1) de statuer sur le budget annuel global de l'assurance maladie-maternité;
- 2) d'établir la programmation pluriannuelle visée à l'article 28, alinéa 5;
- 3) de refixer les taux de cotisation conformément à l'article 29;
- 4) de statuer sur le décompte annuel global des recettes et des dépenses de l'assurance maladie-maternité;
- 5) d'établir et de modifier les statuts réglant, dans la limite des dispositions légales, réglementaires et conventionnelles, tout ce qui concerne les prestations.

Les décisions prévues à l'alinéa qui précède sont soumises à l'approbation du ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale sur avis de l'inspection générale de la sécurité sociale. L'approbation du budget et du taux de cotisation se fait en fonction de leur conformité avec les lois, règlements, statuts et conventions, du caractère réaliste des prévisions des recettes et des dépenses ainsi que de la croissance globale des frais d'administration.

Les statuts et les modifications afférentes n'entrent en vigueur qu'après leur publication au Mémorial.

Art. 48. Le conseil d'administration se compose en dehors du président, fonctionnaire de l'État, nommé par le Grand-Duc:

- 1) de trois délégués des ouvriers,
- 2) de deux délégués des employés privés,
- 3) d'un délégué des assurés du secteur public,
- 4) d'un délégué des assurés non salariés,
- 5) de cinq délégués des employeurs.

Il y a autant de membres suppléants qu'il y a de membres effectifs.

Les membres et les membres suppléants du conseil d'administration sont élus par l'assemblée générale de la manière suivante:

- les délégués des ouvriers par les membres assurés des comités-directeurs de la caisse de maladie des ouvriers et de la caisse de maladie des ouvriers de l'ARBED,
- les délégués des employés privés par les membres assurés des comités-directeurs de la caisse de maladie des employés privés et de la caisse de maladie des employés de l'ARBED,
- le délégué des assurés du secteur public par les membres assurés des comités-directeurs de la caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics, de la caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux et de l'entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois,
- le délégué des assurés non salariés par les membres des comités-directeurs de la caisse de maladie des professions indépendantes et de la caisse de maladie agricole,
- les délégués des employeurs par les membres employeurs des comités-directeurs de la caisse de maladie des ouvriers et de la caisse de maladie des employés privés.

Le groupe des délégués visés aux points 1) à 3) et le groupe des délégués visés aux points 4) et 5) de l'alinéa 1 ci-dessus désignent chacun un vice-président appelé à présider le conseil d'administration et l'assemblée générale en cas d'empêchement du président.

Chaque caisse de maladie peut se faire représenter au sein du conseil d'administration par un observateur ayant voix consultative.

Art. 49. Le conseil d'administration représente et gère l'union des caisses de maladie dans toutes les affaires qui n'ont pas été déferées à un autre organe par la loi ou les règlements.

Il lui appartient notamment:

- 1) de présenter à l'assemblée générale le projet de budget global de l'assurance maladie-maternité, compte tenu du budget des frais administratifs établi par les différentes caisses, ainsi que le projet de la programmation pluriannuelle visée à l'article 28, alinéa 5;

- 2) de soumettre à l'assemblée générale une proposition relative à la refixation des taux de cotisation;
- 3) de présenter à l'assemblée générale le décompte annuel global des recettes et des dépenses de l'assurance maladie-maternité;
- 4) de soumettre à l'assemblée générale des propositions relatives à la modification des statuts, le ou les groupements professionnels des médecins et des médecins-dentistes et des autres prestataires concernés demandés en leurs avis;
- 5) de préparer les négociations à mener par le président ou son représentant avec les prestataires de soins et de se prononcer sur le résultat de ces négociations;
- 6) de prendre les décisions concernant le personnel de l'union des caisses de maladie dans le cadre des dispositions de l'article 282.

Art. 50. Le président du conseil d'administration représente l'union des caisses de maladie judiciairement et extrajudiciairement. Cette représentation s'étend aussi aux affaires et actes judiciaires pour lesquels les lois exigent une procuration spéciale.

Les actes posés par le président et le conseil d'administration dans les limites de leurs pouvoirs engagent l'union des caisses de maladie.

Dans les votes des organes de l'union des caisses de maladie, la voix du président est prépondérante en cas de partage des votes.

Le président convoque les organes de l'union des caisses de maladie; il arrête le relevé des décisions et le transmet immédiatement à l'autorité de surveillance.

Toute décision d'un organe de l'union des caisses de maladie qui est contraire aux lois, règlements ou statuts est déferée par le président à l'autorité de surveillance en vue de la suspension conformément à l'article 59.

Les litiges individuels opposant un prestataire de soins de santé à l'union des caisses de maladie sont soumis par le président à la commission des budgets hospitaliers prévue à l'article 77, s'il s'agit d'un hôpital, et à la commission de surveillance prévue à l'article 72, s'il s'agit d'un autre prestataire.

Le président peut déléguer l'évacuation des affaires courantes de même que la représentation devant les juridictions de sécurité sociale à un employé dirigeant de l'union des caisses de maladie.

Les caisses de maladie

Art. 51. Les caisses de maladie sont compétentes pour la liquidation des prestations de soins de santé avancées par les assurés et du forfait de maternité ainsi que pour la liquidation de l'indemnité pécuniaire de maladie et de maternité et de l'indemnité funéraire.

A cette fin relèvent:

- 1) de la caisse de maladie des ouvriers les assurés exerçant une activité ressortissant de la chambre de travail ou bénéficiant d'une pension auprès de l'établissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité, à l'exclusion de ceux visés sous 2) ainsi que toutes les autres catégories d'assurés ne relevant pas d'une autre caisse de maladie;
- 2) de la caisse de maladie des ouvriers de l'ARBED les assurés exerçant une activité salariée à caractère principalement manuel au service des sociétés ARBED ou MMRA ainsi que les bénéficiaires d'une pension de l'établissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité occupés par ces sociétés en dernier lieu avant l'échéance du risque;
- 3) de la caisse de maladie des employés privés les assurés exerçant une activité professionnelle ressortissant de la chambre des employés privés, ainsi que les assurés bénéficiant d'une pension auprès de la caisse de pension des employés privés, à l'exclusion de ceux visés sous 4) et 7); cette caisse est également compétente pour les assurés exerçant pour leur propre compte une activité à caractère principalement intellectuel et non commercial;
- 4) de la caisse de maladie des employés de l'ARBED les assurés exerçant une activité salariée à caractère principalement intellectuel au service des sociétés ARBED ou MMRA ainsi que les bénéficiaires d'une pension de la caisse de pension des employés privés occupés par ces sociétés en dernier lieu avant l'échéance du risque;
- 5) de la caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics les assurés exerçant une activité professionnelle ressortissant de la chambre des fonctionnaires et employés publics et les assurés bénéficiant d'une pension auprès d'un régime de pension non contributif, à l'exclusion de ceux visés sous 6) et 7);
- 6) de la caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux les assurés au service des communes, des syndicats intercommunaux et des établissements publics placés sous le contrôle des communes ainsi que les bénéficiaires d'une pension auprès de la caisse de prévoyance des fonctionnaires et employés communaux;
- 7) de l'entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois les agents, employés et stagiaires de cette société ainsi que les bénéficiaires de pension afférents;
- 8) de la caisse de maladie des professions indépendantes les assurés exerçant pour leur propre compte une activité professionnelle ressortissant de la chambre des métiers ou de la chambre de commerce ainsi que les assurés bénéficiant d'une pension auprès de la caisse de pension des artisans, des commerçants et industriels;
- 9) de la caisse de maladie agricole les assurés exerçant pour leur propre compte une activité professionnelle ressortissant de la chambre d'agriculture, les apprentis agricoles ainsi que les assurés bénéficiant d'une pension auprès de la caisse de pension agricole.

En cas d'exercice de plusieurs activités de nature différente, la caisse compétente est celle de l'occupation principale. En cas de cumul de plusieurs pensions de nature différente, la compétence de la caisse est déterminée en fonction de la pension personnelle. En cas de cumul d'une activité avec une pension, la nature de l'activité est prise en considération.

En outre, les caisses de maladie sont compétentes pour la gestion du patrimoine immobilier qui leur était propre au 31 décembre 1993.

Les organes des caisses de maladie sont la délégation et le comité-directeur.

Art. 52. Dans les caisses de maladie des salariés visées à l'article 44, sous 1), 3), 5) et 6), la délégation se compose de quinze délégués des assurés et de quinze délégués des employeurs.

Dans les caisses de maladie d'entreprise visées à l'article 44, sous 2), 4) et 7), la délégation se compose du chef d'entreprise ou de son représentant ainsi que de quinze délégués assurés.

Dans les caisses de maladie visées à l'article 44, sous 8) et 9), la délégation se compose de trente délégués des assurés. Pour la caisse de maladie visée à l'article 44, sous 8), les délégués sont choisis par moitié parmi les ressortissants de la chambre de commerce et par moitié parmi les ressortissants de la chambre des métiers. Pour la caisse de maladie visée à l'article 44, sous 9), vingt-quatre délégués sont choisis parmi les agriculteurs, cinq délégués parmi les viticulteurs et un délégué parmi les horticulteurs.

Il y a autant de délégués suppléants que de délégués effectifs.

Les délégués des assurés sont élus par et parmi les assurés affiliés à la caisse de maladie en cause au moment de l'établissement des listes électorales et âgés à ce moment de dix-huit ans au moins. L'élection a lieu au scrutin de liste suivant le système de la représentation proportionnelle. Aucune condition de nationalité ou de résidence ne peut être exigée.

Les délégués des employeurs faisant partie des délégations des caisses de maladie visées à l'article 44, sous 1) et 3) sont désignés par la chambre de commerce et par la chambre des métiers à raison de quatre membres effectifs et de quatre membres suppléants par la chambre des métiers et à raison de onze membres effectifs et de onze membres suppléants par la chambre de commerce.

Les délégués des employeurs faisant partie de la délégation de la caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics et de la caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux sont désignés par le ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale après délibération du Gouvernement en Conseil.

La délégation est présidée par le président du comité-directeur. Le président participe aux réunions avec voie délibérative.

Art. 53. La délégation a pour attributions :

- 1) de représenter les assurés vis-à-vis des membres du comité-directeur ;
- 2) de statuer sur le décompte annuel des recettes et des dépenses de la caisse et d'aviser le décompte annuel global de l'assurance maladie-maternité ;
- 3) d'élire les membres du comité-directeur ;
- 4) d'élire les assesseurs assurés et employeurs auprès du conseil arbitral et du conseil supérieur des assurances sociales siégeant dans les différentes matières régies par le présent code conformément au règlement grand-ducal prévu à l'article 293 du code des assurances sociales ;
- 5) de fournir des avis et des propositions en matière de prestations et de fonctionnement de l'assurance maladie-maternité.

Art. 54. Dans les caisses de maladie des salariés visées à l'article 44, sous 1), 3), 5) et 6), le comité-directeur se compose de six délégués des assurés et de six délégués des employeurs.

Dans les caisses de maladie d'entreprise visées à l'article 44, sous 2), 4) et 7), le comité-directeur se compose du chef d'entreprise ou de son représentant comme président et de six délégués des assurés.

Dans les caisses de maladie visées à l'article 44, sous 8) et 9), le comité-directeur se compose de six délégués des assurés. Pour la caisse de maladie des professions indépendantes, trois délégués sont des ressortissants de la chambre des métiers et trois membres sont des ressortissants de la chambre de commerce. Pour la caisse de maladie agricole, un membre au moins appartient au groupe des viticulteurs.

Il y a autant de délégués suppléants qu'il y a de délégués effectifs.

Lors de sa constitution, le comité-directeur procède à l'élection en son sein d'un président et d'un vice-président. Dans les caisses de maladie d'entreprise visées à l'article 44, sous 2), 4) et 7), il n'est procédé qu'à l'élection d'un vice-président par les membres assurés du comité-directeur.

Dans les autres caisses de maladie des salariés, le président et le vice-président sont élus alternativement et pour une période quinquennale par les délégués des assurés et les délégués des employeurs du comité-directeur. Dans les caisses de maladie des professions indépendantes, le président et le vice-président doivent appartenir alternativement et pour une période quinquennale au groupe des ressortissants de la chambre de commerce et à celui des ressortissants de la chambre des métiers.

Art. 55. Dans le cadre des attributions de la caisse de maladie, le comité-directeur est compétent pour toutes les matières non attribuées à un autre organe de la caisse.

Il lui appartient notamment:

- de représenter judiciairement et extrajudiciairement la caisse;
- de prendre les décisions individuelles en matière de prestations à l'exclusion de celles concernant les prestations prises directement en charge par l'union des caisses de maladie;
- d'établir le budget des frais administratifs de la caisse sous réserve de l'approbation prévue à l'article 47, alinéa 2;
- de gérer le patrimoine immobilier;
- de prendre les décisions concernant le personnel de la caisse dans le cadre des dispositions de l'article 282;
- de prendre les décisions se rapportant à l'ouverture et à la fermeture d'agences;
- de désigner l'observateur prévu à l'article 48, alinéa final.

Toute question à portée individuelle en matière de prestations ou d'amendes d'ordre peut faire l'objet d'une décision du président du comité-directeur ou de son délégué. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite de l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité-directeur.

Les litiges avec les prestataires au sujet de l'application des articles 60 à 71 ou de dispositions réglementaires ou conventionnelles prises sur base de ces articles sont soumis par le président du comité-directeur à la commission de surveillance prévue à l'article 72.

L'alinéa 4 de l'article 50 est applicable par analogie.

Art. 56. Les caisses de maladie des salariés visées à l'article 44, sous 1) à 7) peuvent fusionner après délibération concordante de la délégation des caisses de maladie concernées et de l'assemblée générale de l'union des caisses de maladie. Il en est de même des deux caisses des non salariés visées à l'article 44, sous 8) et 9).

La fusion fait l'objet d'un règlement grand-ducal qui détermine la désignation et les modalités de fonctionnement de la nouvelle caisse en dérogeant, en cas de besoin, aux dispositions du présent livre.

Art. 57. Des règlements grand-ducaux déterminent:

- 1) les conditions et les modalités de l'élection ou de la désignation des membres des différents organes;
- 2) les règles relatives au fonctionnement des organes de l'union des caisses de maladie et des caisses de maladie.

Dispositions communes aux différents organes

Art. 58. Ne peuvent être élues ou désignées membres d'un organe de l'union des caisses de maladie ou des caisses de maladie que les personnes qui sont âgées de vingt et un ans au moins à la date des élections ou de la désignation.

Si des faits constituant des manquements graves aux devoirs du mandataire viennent à être connus, le ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale peut, sur proposition de l'autorité de surveillance, relever le délégué de ses fonctions après l'avoir entendu dans ses explications.

Les délégués peuvent, à leur demande et sur avis de l'autorité de surveillance, être déchargés de leurs fonctions par le ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale en cas de force majeure, ou si l'une des causes qui permettent la dispense de la tutelle, conformément aux articles 428 et 429 du code civil, vient de se produire. S'ils perdent la qualité de représentant le groupe pour lequel ils ont été élus ou désignés, ils sont d'office considérés comme démissionnaires, sans pour autant être dispensés de l'obligation d'en informer, sous peine d'amende d'ordre, l'organe auquel ils ont appartenu et le ministre compétent.

Les délégués sont élus ou désignés pour cinq ans à moins qu'ils n'achèvent le mandat de leur prédécesseur.

Les membres des organes remplissent leurs fonctions à titre honorifique et ont droit au remboursement de leurs dépenses effectives et à une indemnité pour perte de temps ou privation de revenus, d'après un tarif à fixer par règlement grand-ducal.

Les délégués salariés avisent leur employeur chaque fois qu'ils sont appelés à l'exercice de leurs fonctions.

L'interruption du travail pendant le temps requis pour cet exercice n'autorise pas l'employeur à résilier le contrat avant terme.

Surveillance de l'Etat

Art. 59. L'union des caisses de maladie et les caisses de maladie sont soumises à la haute surveillance du ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale laquelle s'exerce par l'inspection générale de la sécurité sociale.

L'autorité de surveillance veille à l'observation des prescriptions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ainsi qu'à la régularité des opérations financières.

A cette fin, elle peut en tout temps contrôler ou faire contrôler la gestion de l'union des caisses de maladie et des caisses de maladie.

Si une décision de l'union des caisses de maladie ou des caisses de maladie est contraire aux lois, règlements, conventions ou statuts, l'inspection générale de la sécurité sociale peut en suspendre l'exécution par décision motivée jusqu'à décision du ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale qu'elle saisit aux fins d'annulation.

Les motifs de la suspension sont communiqués à l'union des caisses de maladie ou à la caisse de maladie concernée dans les cinq jours de la suspension; celles-ci peuvent, le cas échéant, présenter des observations endéans la quinzaine. Si l'annulation de la décision par le ministre n'intervient pas dans les quarante jours à partir de la communication à l'union des caisses de maladie ou à la caisse de maladie concernée, la suspension est levée.

Au cas où l'union des caisses de maladie ou les caisses de maladie refusent de remplir les obligations leur imposées par les lois, règlements, statuts ou conventions, le ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale peut après deux avertissements consécutifs, charger l'inspection générale de la sécurité sociale de mettre à exécution les mesures prescrites par les lois, règlements, statuts et conventions aux frais de l'assurance maladie-maternité.

Si un recours est introduit par un assuré devant le conseil arbitral des assurances sociales contre une décision de l'union des caisses de maladie ou d'une caisse de maladie, la procédure prévue aux alinéas 4 et 5 du présent article ne peut s'exercer.

CHAPITRE V — RELATIONS AVEC LES PRESTATAIRES DE SOINS

Art. 60. Les relations entre les prestataires de soins et l'assurance maladie sont réglées par les articles 74 à 79 ou les articles 61 à 73, suivant qu'il s'agit de prestations dispensées dans le secteur hospitalier ou en dehors de ce secteur.

Sont considérées comme prestations du secteur hospitalier toutes les prestations en nature dispensées à des assurés traités dans un hôpital au sens de la loi du 29 août 1976 portant planification et organisation hospitalières.

Les actes et services des médecins et médecins-dentistes ainsi que des professionnels de la santé qui ne sont pas des salariés de l'hôpital sont pris en charge conformément aux articles 61 à 73, même s'ils sont prestés dans le secteur hospitalier.

L'assurance maladie prend en charge les prestations dans l'hôpital neuropsychiatrique de l'Etat suivant des modalités à déterminer par règlement grand-ducal.

Relations dans le secteur extra-hospitalier

Art. 61. Sans préjudice de la disposition de l'alinéa 3 de l'article 60, les rapports entre l'assurance maladie et les prestataires de soins exerçant légalement leur profession au Grand-Duché de Luxembourg en dehors du secteur hospitalier sont définis par des conventions écrites ou par des sentences arbitrales conformément aux dispositions légales et réglementaires.

Il est conclu une convention distincte:

- 1) pour les médecins;
- 2) pour les médecins-dentistes;
- 3) pour chacune des professions de la santé;
- 4) pour les laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique;
- 5) pour les établissements de cures thérapeutiques;
- 6) pour les établissements de rééducation et de réadaptation fonctionnelles;
- 7) pour les fournisseurs de prothèses orthopédiques, d'orthèses et d'épithèses;
- 8) pour les pharmaciens;
- 9) pour les opticiens;
- 10) pour la Croix Rouge Luxembourgeoise pour la transfusion sanguine, le conditionnement et la fourniture de sang humain et de ses dérivés;
- 11) pour les personnes s'occupant particulièrement du transport des malades ou accidentés.

Tout arrangement conclu par les parties à quelque titre que ce soit, qui ne suit pas les procédures ou ne revêt pas les formes prescrites, est nul et non avenu.

Art. 62. Les conventions sont conclues par l'union des caisses de maladie et par les groupements professionnels possédant la qualité et ayant un caractère suffisamment représentatif. La représentativité des groupements professionnels s'apprécie au niveau de la profession en fonction des effectifs, de l'expérience et de l'ancienneté du groupement.

S'il surgit un litige au sujet de la représentativité ou du défaut de qualité, celui-ci doit être porté par tout groupement professionnel intéressé devant le conseil supérieur des assurances sociales statuant conformément à l'article 70 dans les dix jours au plus tard après la date fixée pour le début des négociations. Le conseil supérieur des assurances sociales statue sur le fond du litige et en dernière instance dans les quinze jours de la saisine.

A défaut de groupement professionnel remplissant les conditions de représentativité ou de qualité ainsi qu'en cas d'absence de négociateurs, les dispositions tenant lieu de convention sont arrêtées par le ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale sur avis de l'inspection générale de la sécurité sociale et, le cas échéant, sur base de la convention-type proposée par l'union des caisses de maladie.

Lorsque des prestations sont dispensées par un service public ne disposant pas de la personnalité juridique, le service intéressé est valablement admis à titre de partie aux conventions par l'organe du responsable de sa direction ou de son remplaçant dûment mandaté.

Art. 63. Les conventions sont conclues pour une durée indéterminée et ne peuvent agir que pour l'avenir. Par dérogation à ces deux principes, l'adaptation annuelle de la valeur des lettres-clés prévues à l'article 65 ou la révision périodique des autres tarifs peut avoir un effet rétroactif dans les conditions définies conformément à l'article 64.

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

Art. 64. Les conventions déterminent obligatoirement:

- les dispositions organisant la transmission et la circulation des données et informations entre les prestataires de soins, les assurés, le contrôle médical de la sécurité sociale, l'union des caisses de maladie ainsi que les caisses de maladie, notamment par des formules standardisées pour les honoraires et les prescriptions, par des relevés ou par tout autre moyen de communication;
- des engagements relatifs au respect de la nomenclature des actes pour les prestataires concernés;
- en cas de prise en charge directe par l'union des caisses de maladie, les conditions et les modalités de la mise en compte des intérêts légaux en cas de paiement tardif;
- la périodicité exprimée en années de la révision des tarifs non établis moyennant une lettre-clé;
- les modalités de l'application rétroactive des nouveaux tarifs à partir de la date d'échéance des anciens tarifs pour le cas exceptionnel où la valeur de la lettre-clé ou le tarif n'aurait pas pu être adapté avant cette échéance.

Pour les médecins et pour les médecins-dentistes, la convention détermine en outre obligatoirement:

- des engagements relatifs au respect, dans le cadre des dispositions légales et réglementaires, de la liberté d'installation du médecin, du libre choix du médecin par le malade, de la liberté de prescription du médecin, du secret professionnel;
- des dispositions garantissant une médication économique compatible avec l'efficacité du traitement, conforme aux données acquises par la science et conforme à la déontologie médicale;
- les modalités du dépassement des tarifs visés à l'article 66, alinéa 2.

Art. 65. Les actes, services professionnels et prothèses dispensés par les prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1) à 7) et pris en charge par l'assurance maladie-maternité sont inscrits dans sept nomenclatures différentes.

Dans chacune des nomenclatures des prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1) à 4), chaque acte ou service est désigné par la même lettre-clé et par un coefficient. La lettre-clé est un signe dont la valeur en unité monétaire est fixée par voie conventionnelle. Le coefficient est un nombre exprimant la valeur relative de chaque acte professionnel inscrit dans chacune des nomenclatures visées au présent alinéa.

Lorsque l'acte ou le service professionnel implique l'utilisation d'un appareil, la nomenclature peut fixer un coefficient spécifique pour en couvrir les frais.

Les nomenclatures peuvent prévoir une cotation forfaitaire pour un ensemble d'actes ou services professionnels dispensés pour une période ou un traitement déterminé.

Elles peuvent également prévoir la réduction ou l'augmentation du tarif des actes et services dans des conditions qu'elles déterminent.

Les nomenclatures des actes, services professionnels et prothèses sont arrêtées conjointement par les ministres ayant dans leurs attributions la sécurité sociale et la santé sur base d'une recommandation circonstanciée de la commission de nomenclature, le collège médical et le conseil supérieur des professions de la santé saisis pour avis.

La commission de nomenclature se compose de:

- quatre membres dont le président, désignés parmi les fonctionnaires, par arrêté conjoint des ministres ayant dans leurs attributions la sécurité sociale et la santé; trois membres au moins doivent avoir la qualité de médecin;
- deux membres désignés par le conseil d'administration de l'union des caisses de maladie;
- deux membres désignés par le ou les groupements signataires de la convention pour les médecins; un de ces membres peut être remplacé suivant la discipline médicale concernée; pour les nomenclatures ne concernant pas les médecins, un des membres est remplacé par celui désigné par le ou les groupements signataires de la convention concernée.

Pour chaque membre effectif un membre suppléant est désigné d'après les modalités ci-dessus prévues.

La commission peut s'adjoindre des experts. Elle peut se saisir elle-même de toute affaire relative à ses attributions. Elle peut être saisie également de toute proposition d'inscription, de modification ou de suppression d'actes, services ou fournitures par les ministres ayant dans leurs attributions la sécurité sociale ou la santé, le collège médical, le contrôle médical de la sécurité sociale, l'union des caisses de maladie, la commission de surveillance ou encore par les parties signataires des conventions.

Par dérogation aux alinéas qui précèdent, les coefficients des consultations, visites et frais de déplacement ne peuvent être modifiés que sur proposition du ou des groupements professionnels ayant signé respectivement la convention pour les médecins ou celle pour les médecins-dentistes. La proposition doit parvenir avant le 15 novembre au ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale.

La modification du coefficient d'un acte ou service figurant dans la nomenclature doit intervenir avant le 1er décembre et ne prend effet que le 1er janvier de l'exercice suivant. Les effets de cette modification sont neutralisés par une adaptation correspondante de la lettre-clé qui s'ajoute à celle prévue à l'article 67 et qui se base sur le nombre des actes et services de l'avant-dernier exercice.

Le fonctionnement de la commission, la procédure à suivre ainsi que l'indemnisation des membres et experts commis sont déterminés par un règlement grand-ducal. Dans les votes au sein de la commission, celui du président prévaut en cas de partage des voix.

Les frais de fonctionnement de la commission sont entièrement à charge de l'Etat.

Art. 66. Les tarifs des actes et des services professionnels opposables aux prestataires sont fixés en multipliant les coefficients prévus à l'article 65, alinéas 2 et 3, par la valeur des lettres-clés respectives.

Toutefois, les conventions pour les médecins et pour les médecins-dentistes prévoient obligatoirement les modalités de dépassement, à charge des assurés, des tarifs fixés conformément à l'alinéa qui précède :

- 1) pour l'hospitalisation en première classe et pour les convenances personnelles des personnes protégées ;
- 2) après devis préalable pour les prothèses et autres prestations dentaires dépassant l'utile et le nécessaire.

Art. 67. L'adaptation de la valeur de la lettre-clé négociée annuellement par les parties signataires de la convention avant le 1^{er} août ne saurait dépasser la variation du revenu moyen cotisable des assurés actifs correspondant à la troisième et à la deuxième année précédant l'exercice au cours duquel la nouvelle valeur s'applique et, pour les laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique, la variation de la moyenne annuelle de l'indice du coût de la vie correspondant à la troisième et à la deuxième année précédant l'exercice en cause.

Au terme de la concertation prévue à l'article 80, un règlement grand-ducal, à prendre sur avis obligatoire du Conseil d'Etat et de la Commission de travail de la Chambre des Députés, peut introduire les modalités suivant lesquelles les parties doivent négocier l'adaptation de la lettre-clé des médecins et celle des médecins-dentistes en fonction de la variation du paramètre prévu à l'alinéa qui précède, redressée sur base de l'évolution du volume des actes et services respectivement des médecins et des médecins-dentistes dans la mesure où cette évolution diffère des besoins réels de la population protégée et des exigences d'une médecine de qualité.

Les pharmaciens accordent à l'assurance maladie un abattement à fixer par règlement grand-ducal qui ne peut dépasser cinq pour cent par rapport aux prix de vente officiels des médicaments et spécialités pharmaceutiques. Le règlement grand-ducal détermine également les modalités d'exécution de ces dispositions dont notamment :

- 1) l'assiette servant au calcul de l'abattement ;
- 2) les fournitures ne donnant pas lieu à un abattement, ainsi que celles donnant lieu à un abattement réduit ;
- 3) les conditions dans lesquelles les prestataires peuvent bénéficier d'une réduction ou même d'une exemption de l'abattement.

Art. 68. Les conventions et leurs avenants, y compris ceux ayant pour objet l'adaptation de la valeur de la lettre-clé, sont notifiés sans retard au ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale qui, s'il les estime contraires aux lois et règlements, dispose d'un délai d'un mois pour saisir le conseil supérieur des assurances sociales statuant conformément à l'article 70.

Art. 69. A défaut d'entente collective sur une nouvelle convention dans les six mois suivant la dénonciation de l'ancienne convention ou en l'absence d'accord avant le 1^{er} juillet sur l'adaptation annuelle de la lettre-clé conformément à l'article 67, l'inspection générale de la sécurité sociale convoque les parties en vue de la désignation d'un médiateur.

Si les parties ne s'entendent pas sur la personne du médiateur, celui-ci est désigné par tirage au sort sur une liste comprenant six personnes ayant accepté cette mission. Cette liste est établie pour la durée de cinq années par les parties signataires de la convention et, à défaut, par le ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale.

Le médiateur peut s'adjoindre un ou plusieurs experts. Il est assisté d'un fonctionnaire à mettre à sa disposition par l'inspection générale de la sécurité sociale pour assurer le secrétariat administratif.

Lorsque la médiation n'aboutit pas à une nouvelle convention à l'expiration du neuvième mois suivant la dénonciation de l'ancienne convention ou avant le 1^{er} août à un accord sur l'adaptation annuelle de la lettre-clé, le médiateur dresse un procès-verbal de non-conciliation qu'il transmet au conseil supérieur des assurances sociales.

Un règlement grand-ducal détermine la procédure à suivre, les indemnités et les autres modalités d'application du présent article.

Art. 70. En cas d'échec de la médiation, le conseil supérieur des assurances sociales rend une sentence arbitrale qui n'est susceptible d'aucune voie de recours. Elle doit être prononcée, soit avant l'expiration de l'ancienne convention, soit avant le 15 octobre lorsqu'il s'agit de l'adaptation annuelle de la lettre-clé conformément à l'article 67.

Art. 71. Les conventions et les sentences arbitrales s'appliquent à l'ensemble des prestataires dans leurs relations avec les personnes couvertes par l'assurance maladie. Elles sont applicables non seulement aux prestataires exerçant pour leur propre compte, mais également aux médecins et médecins-dentistes exerçant sous tout autre régime ainsi qu'aux autres prestataires exerçant dans le secteur extra-hospitalier sous le régime du contrat de travail ou d'entreprise.

Elles sont publiées au Mémorial, le cas échéant, sous forme coordonnée.

Art. 72. Il est institué une commission de surveillance, composée du directeur du contrôle médical de la sécurité sociale ou de son délégué comme président, de deux délégués effectifs et suppléants désignés par le conseil d'administration de l'union des caisses de maladie et de respectivement deux délégués effectifs et suppléants désignés par le ou les groupements signataires de chacune des conventions visées à l'article 61, alinéa 2.

La commission de surveillance est compétente pour tous les litiges opposant un prestataire à une institution d'assurance maladie-maternité ou d'assurance accidents et portant sur l'application d'une disposition légale, réglementaire ou conventionnelle visée par le présent code. La commission est saisie par requête du prestataire ou de l'institution compétente à introduire dans le délai de prescription fixé à l'alinéa 2 de l'article 84 du code des assurances sociales.

Les décisions de la commission de surveillance sont susceptibles d'un recours devant le conseil arbitral des assurances sociales qui statue en dernier ressort jusqu'à la valeur de trente mille francs. L'appel est porté devant le conseil supérieur des assurances sociales et a un effet suspensif.

Un règlement grand-ducal détermine le fonctionnement de la commission, la procédure à suivre ainsi que l'indemnisation des membres et des experts commis. Les frais de fonctionnement sont entièrement à charge de l'Etat.

Art. 73. La commission de surveillance prévue à l'article qui précède est en outre compétente pour constater une déviation injustifiée de l'activité professionnelle d'un prestataire de soins sur base des rapports d'activité au sens de l'article 341 lui soumis par son président. Elle peut convoquer le prestataire concerné, l'entendre dans ses explications et procéder à toute autre mesure d'investigation. Si elle constate une déviation injustifiée de l'activité du prestataire, elle en dresse un procès-verbal qui est notifié aux parties signataires de la convention collective.

En cas de constatation d'une déviation injustifiée de l'activité d'un prestataire conformément à l'alinéa 1er du présent article, chaque partie signataire de la convention peut saisir le conseil arbitral des assurances sociales qui a autorité pour prononcer à l'encontre du prestataire en fonction de la nature et de la gravité de la déviation :

- 1) un avertissement;
- 2) la restitution des honoraires correspondant aux actes et services prestés en tout ou en partie abusivement;
- 3) le paiement total ou partiel des prescriptions ordonnées abusivement;
- 4) une amende d'ordre ne pouvant pas dépasser cinq cent mille francs;
- 5) la déchéance jusqu'à six mois du droit d'exercice de la profession médicale dans le cadre de l'assurance maladie-maternité et de l'assurance accidents.

Dans les cas prévus à l'alinéa qui précède, le conseil arbitral des assurances sociales peut ordonner les mesures de publicité à donner à sa décision qui est susceptible d'appel devant le conseil supérieur des assurances sociales quelle que soit la valeur du litige. L'appel a un effet suspensif.

Les montants à payer ou à restituer par le prestataire en application des dispositions du présent article ou de celui qui précède peuvent être compensés par l'union des caisses de maladie avec d'autres créances du prestataire ou être recouvrés par le centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 333.

Relations avec le secteur hospitalier

Art. 74. Sans préjudice de l'article 60, alinéa 4, l'union des caisses de maladie prend en charge les prestations du secteur hospitalier d'après des budgets arrêtés séparément pour chaque hôpital visé à l'article 60, alinéa 2 sur base de son activité prévisible pour un ou deux exercices à venir. Sont opposables à l'union des caisses de maladie les activités dûment autorisées en application de la législation hospitalière. Les budgets comprennent l'amortissement des investissements mobiliers et immobiliers dans la mesure où ils n'ont pas été financés par les pouvoirs publics. Dans la mesure où l'investissement est soumis à une autorisation préalable en vertu d'une disposition légale ou réglementaire, l'amortissement n'est opposable que si cette autorisation a été accordée.

Ne sont pas opposables à l'union des caisses de maladie les prestations étrangères à l'objet de l'assurance maladie tel que défini à l'article 17 et de l'assurance accidents tel que défini à l'article 97, celles faites à titre de convenue personnelle de la personne protégée et celles fournies à des personnes non protégées au titre des livres I et II du présent code ou d'une convention bi-ou multilatérale en matière de sécurité sociale.

Sont portées en déduction des prestations opposables, celles rémunérées individuellement ou sous forme de forfaits, celles couvertes par des participations des personnes protégées ou, d'après les conditions et modalités définies dans la convention ou la sentence arbitrale, par des recettes provenant de tiers.

Art. 75. Les modalités de prise en charge sont réglées par une convention écrite conclue par l'union des caisses de maladie avec les groupements des hôpitaux possédant la qualité et ayant un caractère suffisamment représentatif. La représentativité des groupements des hôpitaux s'apprécie en fonction du nombre de leurs membres et de leur ancienneté. La même convention a pour objet l'institution de la commission des budgets hospitaliers visée aux alinéas 3 et 4 de l'article 77.

Les articles 61, dernier alinéa, 62, alinéas 2 à 4, 63, 68, 69 et 70 sont applicables.

Art. 76. Sous réserve des dispositions légales et réglementaires régissant les hôpitaux ainsi que des conventions collectives de travail, la convention détermine obligatoirement :

- les prestations non opposables au titre de l'article 74, alinéa 2;
- les prestations portées en déduction des prestations opposables au titre de l'article 74, alinéa 3;
- la répartition des frais directement proportionnels au niveau de l'activité et de ceux non liés à l'activité en vue du règlement du budget prévu à l'article 78;
- l'énumération et la définition des différentes entités fonctionnelles avec les unités d'oeuvre correspondantes exprimant la production de chaque entité;
- les prestations prises en charge, le cas échéant, en dehors du budget soit individuellement, soit sous forme de forfaits. Ces forfaits sont établis pour des groupes de malades présentant des caractéristiques communes du point de vue de la discipline médicale, du diagnostic, de la thérapeutique et des ressources hospitalières utilisées;

- la communication sous forme anonyme des données nécessaires à l'établissement des forfaits précités;
- les modalités relatives à la transmission et à la circulation des données et informations entre les hôpitaux, les prestataires de soins, les assurés, le contrôle médical de la sécurité sociale et l'union des caisses de maladie;
- les règles communes relatives à la détermination des dotations en personnel compte tenu de la structure et de l'activité des différents hôpitaux;
- les modalités de désignation des membres de la commission des budgets hospitaliers visée à l'article 77, les modalités d'intervention de cette commission ainsi que la procédure à suivre;
- toutes autres règles communes relatives à l'établissement et à la rectification du budget ainsi que l'imputation des dépenses sur la partie opposable ou non opposable du budget.

Art. 77. Avant le 1^{er} avril, l'inspection générale de la sécurité sociale élabore chaque année une circulaire servant aux hôpitaux pour l'établissement de leurs budgets et comprenant l'estimation de l'évolution prévisible des facteurs économiques exogènes intervenant dans l'établissement des budgets. Jusqu'au 1^{er} mai, les parties signataires de la convention peuvent modifier d'un commun accord cette circulaire.

Chaque établissement hospitalier soumet son budget au plus tard le 1^{er} juin à l'union des caisses de maladie qui en contrôle la conformité aux dispositions légales, réglementaires et conventionnelles ainsi qu'à la circulaire prévue à l'alinéa qui précède.

Avant le 1^{er} septembre, l'union des caisses de maladie soumet par écrit tout différend éventuel à une commission des budgets hospitaliers instituée dans le cadre de la convention prévue à l'article 75. Cette commission est composée de deux représentants de l'union des caisses de maladie et de deux représentants des hôpitaux, dont un de l'hôpital concerné, ainsi que d'un président désigné d'un commun accord par les parties. Si les parties ne s'entendent pas sur la personne du président, celui-ci est désigné d'après les modalités prévues à l'article 69, alinéa 2.

La commission est chargée d'une mission de conciliation dans le cadre de l'établissement des budgets à arrêter entre l'union des caisses de maladie et les différents hôpitaux. Si la commission ne parvient pas à concilier les parties dans le mois de la saisine, elle tranche le litige en dernier ressort avant le 15 octobre.

Art. 78. L'union des caisses de maladie verse au début de chaque mois à chaque hôpital un montant correspondant à un douzième des frais non liés à l'activité, prévus au budget établi conformément aux dispositions de l'article qui précède.

Les frais directement proportionnels à l'activité sont payés en fonction des unités d'oeuvre accomplies dans les différentes entités fonctionnelles de l'hôpital sur base d'un état justificatif comprenant par cas traité les unités d'oeuvre réalisées.

Art. 79. Le budget peut être rectifié, à la demande de l'hôpital ou de l'union des caisses de maladie, compte tenu de l'évolution réelle des facteurs visés à l'article 77, alinéa 1 et en cas de modifications importantes et imprévisibles des conditions de son établissement.

Tout différend est porté par la partie la plus diligente avant le 1^{er} mars suivant la période pour laquelle le budget a été établi devant la commission des budgets hospitaliers qui tranche définitivement dans le délai d'un mois.

Action concertée

Art. 80. Le ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale convoque annuellement un comité quadripartite qui réunit les ministres ayant dans leurs attributions la sécurité sociale, la santé et les finances, les représentants des organisations professionnelles les plus représentatives des salariés et des employeurs, ainsi que ceux des groupements professionnels signataires des conventions visées à l'article 61, alinéa 2, sous 1), 2), 4) et 8) et à l'article 75.

Sur base d'un rapport établi par des experts, le comité quadripartite examine l'évolution des recettes et des dépenses en matière de santé et propose des mesures à prendre sur le plan légal, réglementaire, conventionnel ou statutaire en matière d'assurance maladie ainsi que toutes autres mesures destinées à améliorer l'efficacité du système de santé en tenant compte des besoins de la population, de l'évolution des techniques médicales et des ressources dont dispose le pays.

Si la masse cotisable des bénéficiaires de pension dépasse vingt-neuf pour cent de la masse cotisable des autres assurés, les mesures proposées portent sur l'introduction de nouvelles sources de financement sous forme d'un prélèvement de solidarité. De même, si la croissance des dépenses entraîne un relèvement important du taux de cotisation, le comité quadripartite doit se concerter pour proposer des économies à réaliser au niveau des prestataires de soins et une augmentation des participations des assurés. Par ailleurs, si l'évolution du volume des actes et services des médecins et médecins-dentistes diffère considérablement des besoins réels de la population protégée et des exigences d'une médecine de qualité, le comité quadripartite recommande l'introduction des mécanismes régulateurs prévus à l'article 67.

CHAPITRE VI — DISPOSITIONS DIVERSES

Concours de l'assurance et de l'assistance

Art. 81. La présente loi ne modifie ni les obligations légales de l'Etat, des communes et des offices sociaux de secourir les personnes nécessiteuses, ni les obligations légales, statutaires, contractuelles ou testamentaires concernant l'assistance des personnes assurées en vertu de la présente loi ou de leurs survivants.

Toutefois, l'Etat, la commune ou l'office social qui ont secouru un indigent pour une période pendant laquelle celui-ci avait droit aux prestations de l'assurance maladie, pourront se faire rembourser leurs dépenses dans les limites ci-après déterminées :

- 1) les frais funéraires jusqu'à concurrence de l'indemnité funéraire;
- 2) le traitement médical et pharmaceutique, ainsi que le placement dans un hôpital ou un autre établissement;
- 3) tous les autres secours, sur les prestations correspondantes.

L'union des caisses de maladie et les caisses de maladie sont tenues d'informer, sur demande, les organismes d'assistance si et dans quelle étendue des personnes que ceux-ci ont secourues, ont droit aux prestations prévues par la présente loi.

Concours avec la responsabilité de tiers

Art. 82. Si les personnes assurées ou leurs ayants-droit peuvent réclamer, en vertu d'une disposition légale, la réparation du dommage qui leur est occasionné par un tiers, le droit passe à l'union des caisses de maladie jusqu'à concurrence des prestations et pour autant qu'il concerne les éléments de préjudice couverts par l'assurance maladie.

Contestations et voies de recours

Art. 83. Les décisions prises en matière de prestations et d'amendes d'ordre par le conseil d'administration de l'union des caisses de maladie ou par les comités-directeurs des caisses de maladie sont susceptibles d'un recours, conformément aux articles 293 et 294, devant le conseil arbitral.

Le conseil arbitral des assurances sociales statue en dernier ressort jusqu'à la valeur de trente mille francs, et à charge d'appel, lorsque la valeur du litige dépasse cette somme. L'appel est porté devant le conseil supérieur des assurances sociales.

Paiement et prescription des prestations

Art. 84. Les prestations relatives aux soins de santé peuvent être valablement versées, soit à l'assuré, soit à toute autre personne justifiant avoir effectué la prestation ou la dépense afférente. En cas de décès de l'assurée, l'indemnité pécuniaire de maternité est payée à la personne qui prend à sa charge l'entretien de l'enfant.

L'action des prestataires de soins pour leurs prestations à l'égard des assurés ou de l'union des caisses de maladie se prescrit par deux années à compter de la date des services rendus. Celle de l'assuré à l'égard de l'union des caisses de maladie et de la caisse de maladie dont il relève se prescrit par le même délai à partir du paiement du prestataire.

L'indemnité pécuniaire de maladie ou de maternité se prescrit par trois années à compter de l'ouverture du droit.

DISPOSITIONS ADDITIONNELLES

Article II. Le livre II du code des assurances sociales est modifié comme suit:

1° L'article 91 est remplacé comme suit:

"Sont dispensées de l'assurance sur demande, les personnes exerçant pendant une durée ne dépassant pas une année une activité professionnelle au Luxembourg et affiliées à un régime d'assurance accidents étranger. Cette dispense peut être prorogée jusqu'à concurrence d'une nouvelle période d'une année par le centre commun de la sécurité sociale et au-delà de cette limite par le ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale.

Les assurés normalement occupés au Grand-Duché de Luxembourg qui sont détachés temporairement à l'étranger par leur employeur restent couverts par l'assurance accidents luxembourgeoise."

2° Le point c) du deuxième alinéa de l'article 92 est modifié comme suit:

"c) le trajet effectué en relation avec un contrôle au titre de l'article 341 du présent code."

3° L'article 97 est modifié comme suit:

a) Le numéro 2° de l'alinéa 2 de l'article 97 prend la teneur suivante:

"le paiement d'une indemnité pécuniaire qui est calculée comme en matière d'assurance maladie et qui est avancée par l'employeur sous réserve de remboursement par l'intermédiaire de l'assurance maladie, tant que l'assuré se trouve dans l'impossibilité de se livrer à son occupation sans toutefois pouvoir dépasser les treize semaines consécutives à l'accident."

b) Il est inséré entre les alinéas 2 et 3 un alinéa 3 et un alinéa 4 nouveaux ayant la teneur suivante:

"Les traitements et fournitures prévus au numéro 1° de l'alinéa précédent sont pris en charge intégralement suivant les tarifs et modalités prévus dans les conventions conclues entre l'union des caisses de maladie et les prestataires de soins conformément aux dispositions du chapitre V du livre I du présent code.

Un règlement grand-ducal peut charger les institutions d'assurance maladie de faire l'avance de la totalité ou d'une partie de ces prestations et arrêter les modalités du remboursement, le cas échéant, forfaitaire par l'association d'assurance contre les accidents. Ce mode de prise en charge est obligatoire pour les traitements et fournitures dispensés en milieu hospitalier, à l'exception des actes médicaux."

c) Les alinéas 3 à 12 actuels deviennent les alinéas 5 à 14 nouveaux.

- 4° Le deuxième alinéa de l'article 119 prend la teneur suivante:
 "L'action des prestataires de soins pour leurs prestations à l'égard des assurés ou de l'association d'assurance contre les accidents se prescrit par deux années à compter de la date des services rendus. Celle de l'assuré à l'égard de l'association d'assurance contre les accidents se prescrit par le même délai à partir du paiement du prestataire. L'indemnité pécuniaire se prescrit par trois années à compter de l'ouverture du droit."
- 5° A l'alinéa 1er de l'article 128, l'expression «délégation» est remplacée par celle de «représentation».
- 6° L'article 128 est complété par les alinéas 4 et 5 ayant la teneur suivante:
 "Toute question à portée individuelle en matière de prestations ou d'amende d'ordre peut faire l'objet d'une décision du président du comité-directeur ou de son délégué. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite de l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité-directeur.
 Le président peut déléguer l'évacuation des affaires courantes, la signature des décisions prévues à l'alinéa qui précède de même que la représentation devant les juridictions de la sécurité sociale à un fonctionnaire ou employé dirigeant."
- 7° L'alinéa 3 de l'article 132 est supprimé.
- 8° La première phrase du troisième alinéa de l'article 138 est modifiée comme suit:
 "Un règlement grand-ducal détermine les conditions d'électorat pour les délégués des salariés qui sont adjoints au comité-directeur et aux sous-comités de l'association d'assurance ainsi que toutes autres prescriptions en matière d'élection y compris la vérification des opérations et les voies de recours."
- 9° Il est ajouté un article 142bis libellé comme suit:
 "L'association d'assurance contre les accidents peut placer son patrimoine en prêts à l'Etat, et, moyennant autorisation du Gouvernement, en prêts aux communes et aux entreprises industrielles, en prêts nantis d'une hypothèque ou d'un cautionnement et en acquisitions immobilières.
 Le patrimoine peut également être placé en titres de la dette publique, en obligations d'emprunt des communes et des entreprises industrielles ainsi qu'auprès de la banque et caisse d'épargne de l'Etat ou auprès d'autres établissements de crédit.
 Pour les titres de la dette publique, il est fait une déclaration de dépôt contre certificat nominatif au nom de l'association d'assurance contre les accidents. Les autres titres sont déposés à la caisse générale de l'Etat."
- 10° L'article 169 est libellé comme suit:
 "Des règlements grand-ducaux déterminent:
 1) la fixation des règles à appliquer dans la détermination des coefficients tenant compte de la nature de la culture visée à l'article 165;
 2) les conditions d'éligibilité, la durée du mandat et la procédure de désignation des délégués employeurs agricoles et des délégués ouvriers agricoles appelés à siéger au comité-directeur ainsi que les voies de recours en la matière."

Article III. Le livre III du code des assurances sociales est modifié comme suit:

- 1° Les numéros 2) et 6) de l'article 171, alinéa 1 sont remplacés comme suit:
 "2) les périodes correspondant à une activité professionnelle exercée pour le propre compte, ressortissant de la chambre des métiers, de la chambre de commerce ou de la chambre d'agriculture ou ayant un caractère principalement intellectuel et non commercial; y sont assimilées les périodes pendant lesquelles l'associé d'une société ou association ayant pour objet une telle activité, soit participe d'une façon effective et continue à la gestion courante, soit détient seul ou ensemble avec son conjoint plus de la moitié des parts sociales;
 6) les périodes accomplies par le conjoint et, pour les activités ressortissant de la chambre d'agriculture, par les parents et alliés en ligne directe ou collatérale jusqu'au troisième degré inclusivement d'un assuré au titre du numéro 2), pourvu que le conjoint, le parent ou allié soit âgé de dix-huit ans au moins et prête au prédit assuré des services nécessaires dans une mesure telle que ces services peuvent être considérés comme activité principale."
- 2° L'article 179 est complété par un alinéa libellé comme suit:
 "L'occupation d'élèves et d'étudiants pendant leurs vacances scolaires ne donne pas lieu à affiliation."
- 3° L'article 180 prend la teneur suivante:
 "Est dispensé sur sa demande le conjoint aidant visé à l'article 171, numéro 6) ou le conjoint assuré au titre de l'article 171, numéro 2) du fait qu'il ne détient pas seul mais ensemble avec son conjoint plus de la moitié des parts sociales de la société ou de l'association. Cette dispense n'est pas applicable au conjoint d'un assuré agricole ou aidant agricole et ne peut être accordée qu'ensemble avec celle prévue par l'article 5, alinéa 1 en matière d'assurance maladie.
 Sont exclues de l'assurance les activités non salariées même exercées à titre accessoire, lorsque le revenu professionnel en retiré ne dépasse pas un tiers du salaire social minimum par an. Si plusieurs personnes exercent une activité dans une exploitation agricole, le revenu total de celle-ci, déterminé conformément à l'article 241, est pris en considération."

Ne sont pas admises à l'assurance au titre de l'article 171, numéro 1) les personnes qui exercent une activité professionnelle pour le compte du conjoint ou pour le compte d'une société ou association dans laquelle le conjoint assume une activité assurée en vertu de l'article 171, numéro 2). Il en est de même des parents ou alliés visés à l'article 171, numéro 6)."

- 4° L'alinéa 5 de l'article 190 prend la teneur suivante:

"Dans le cas prévu à l'alinéa qui précède, la pension d'invalidité est réallouée pour les périodes ultérieures d'invalidité se situant avant le rétablissement du droit à l'indemnité pécuniaire de maladie conformément à l'article 14, alinéa 3, pour autant que l'assuré remplisse les conditions prévues à l'article 186 au moment du début de chaque nouvelle période d'invalidité."

- 5° L'alinéa final de l'article 223 prend la teneur suivante:

"Aucune pension personnelle ne peut être supérieure à cinq sixièmes du quintuple du montant de référence prévu à l'article 222. Les facteurs de réversion prévus aux articles 217 et 218 sont applicables."

- 6° L'alinéa 4 de l'article 241 est modifié comme suit:

"En cas d'occupation à temps partiel, le minimum cotisable défini à l'alinéa 2 est réduit proportionnellement en fonction de la durée de l'occupation par rapport à une occupation normale de cent soixante-treize heures par mois."

- 7° La seconde phrase de l'alinéa 5 de l'article 241 prend la teneur suivante:

"La valeur des rémunérations en nature est fixée conformément à l'article 10, alinéa 3."

- 8° Les alinéas 3, 4 et 5 de l'article 250 prennent la teneur suivante:

"La caisse de pension des employés privés est compétente pour les personnes affiliées au titre des périodes visées à l'article 171, 1), 4), 5), 8), 9) et 10), si l'activité exercée a un caractère principalement intellectuel à préciser par règlement grand-ducal, et les périodes visées aux numéros 2) et 6) du même article s'il s'agit d'une activité non visée à l'alinéa 4 ou 5 ci-dessous.

La caisse de pension des artisans, des commerçants et industriels est compétente pour les personnes affiliées au titre des périodes visées à l'article 171, 2) et 6), s'il s'agit d'activités ressortissant soit de la chambre des métiers, soit de la chambre de commerce.

La caisse de pension agricole est compétente pour les personnes affiliées au titre des périodes visées à l'article 171, 2) et 6), s'il s'agit d'une activité ressortissant de la chambre d'agriculture ou de périodes d'apprentissage agricole."

- 9° L'article 256 du code des assurances sociales est modifié comme suit:

"Dans l'établissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité et la caisse de pension des employés privés, les délégués effectifs et suppléants des assurés et des employeurs sont élus séparément parmi les assurés et les employeurs respectivement par les délégations des caisses de maladie visées à l'article 44 sous 1) et 2) et des caisses de maladie visées à l'article 44 sous 3) et 4).

Un règlement grand-ducal détermine les conditions et les modalités de cette élection et fixe la pondération des voix d'après le nombre des assurés affiliés aux caisses de maladie concernées.

Dans la caisse de pension des artisans, des commerçants et industriels et la caisse de pension agricole, la délégation de la caisse de maladie des professions indépendantes et de la caisse de maladie agricole font respectivement fonction de commission."

- 10° Le point 4) de l'article 258, alinéa 1^{er} prend la teneur suivante:

"4) d'élire les membres effectifs et suppléants du comité-directeur et les vérificateurs de comptes d'après les modalités à fixer par règlement grand-ducal.

- 11° Dans la première phrase de l'article 261, alinéa 3 et à l'article 262, alinéa 3, le terme «préalable» est supprimé.

Article IV. Le livre IV du code des assurances sociales est modifié comme suit:

- 1° L'article 282 est modifié comme suit:

"a) L'alinéa 3 est supprimé et les alinéas 4 et 5 actuels deviennent les alinéas 3 et 4 nouveaux.

b) Les alinéas 6 et 7 actuels sont remplacés par trois alinéas 5, 6 et 7 nouveaux libellés comme suit:

«Les comités-directeurs réunis de l'office des assurances sociales, le comité-directeur de la caisse de pension des employés privés, les comités-directeurs réunis de l'administration commune des caisses de sécurité sociale des classes moyennes et de l'administration commune des caisses de sécurité sociale de la profession agricole, le conseil d'administration de l'union des caisses de maladie ainsi que le comité-directeur de chacune des caisses de maladie visées à l'article 44, numéros 1), 3), 5) et 6) sont assistés par des employés publics, assimilés aux fonctionnaires de l'Etat, par des employés non-statutaires, assimilés aux employés de l'Etat, et des ouvriers, assimilés aux ouvriers de l'Etat. Les modalités de cette assimilation, en ce qui concerne notamment les droits et devoirs, la formation et les examens, la nomination par lesdits comités-directeurs, respectivement par le conseil d'administration, la rémunération, la cessation des fonctions et la retraite, sont déterminées par règlement grand-ducal, le Conseil d'Etat, le conseil d'administration et les comités-directeurs concernés entendus en leurs avis. Ce règlement peut avoir un effet rétroactif en tant qu'il a pour objet de prendre des dispositions correspondant à celles applicables au personnel de l'Etat. Il détermine le cadre des employés publics et fixe en outre un nombre limite pour l'effectif total affecté à chacune de ces institutions ou administrations communes.

Les employés publics des institutions de sécurité sociale prêtent avant d'entrer en fonction entre les mains du ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale ou de son délégué le serment suivant: «Je jure fidélité au Grand-Duc, obéissance à la Constitution et aux lois de l'Etat. Je promets de remplir mes fonctions avec intégrité, exactitude et impartialité.»

Le règlement grand-ducal prévu à l'alinéa 5 qui précède peut adjoindre au président de l'office des assurances sociales, de la caisse de pension des employés privés et de l'union des caisses de maladie un ou plusieurs fonctionnaires de l'Etat relevant de la carrière supérieure, auxquels le président peut, pour autant que de besoin, déléguer ses fonctions. Le même règlement détermine le traitement de ces fonctionnaires ainsi que celui du président dans la mesure où il n'est pas fixé par la loi.

c) Les alinéas 11 et 12 actuels sont libellés comme suit:

”Les frais administratifs des caisses de pension et de l'association d'assurance contre les accidents sont pour moitié à charge de l'Etat et pour moitié à charge des organismes. L'Etat fournit en outre des locaux convenablement meublés et pourvoit aux frais d'entretien, de chauffage et d'éclairage. La contribution de l'Etat aux frais résultant du présent article peut être fixée forfaitairement par règlement grand-ducal, les comités-directeurs entendus.

Les frais administratifs des caisses de maladie d'entreprise sont pour moitié à charge de l'entreprise et pour moitié à charge de l'union des caisses de maladie. L'entreprise fournit en outre des locaux convenablement meublés et pourvoit aux frais d'entretien, de chauffage et d'éclairage. La contribution de l'union des caisses de maladie aux frais résultant du présent article peut être fixée forfaitairement par règlement grand-ducal, les comités-directeurs concernés entendus. Les obligations de l'entreprise cessent en cas de fusion de la caisse d'entreprise avec une des caisses de maladie visées à l'article 44, sous 1), 3), 5) et 6).”

2° Le premier alinéa de l'article 283 est remplacé comme suit:

”L'union des caisses de maladie et les caisses de maladie, l'association d'assurance contre les accidents et les caisses de pension sont des établissements publics. Elles jouissent de la personnalité civile.”

3° L'alinéa 4 de l'article 283 est remplacé par les dispositions suivantes:

”Elles estent en justice, représentées par le président des organes directeurs respectifs et sont assimilées aux établissements de bienfaisance mentionnés dans la loi du 23 mars 1893 pour l'obtention de la faveur de plaider en debet pour tous les actes d'instance et d'exécution quelconques, sans préjudice des dispositions de l'article 293, alinéas 3 et 4. Le président peut déléguer la représentation devant les juridictions sociales à un fonctionnaire ou employé dirigeant.”

4° A l'alinéa 5, la référence à l'article 74 est remplacée par celle à l'article 82.

5° L'article 286 est supprimé.

6° L'article 293 prend la teneur suivante:

”Les contestations concernant l'affiliation ou l'assujettissement, les cotisations et amendes d'ordre et les prestations nées ou à naître du présent code, sauf celles visées par l'article 317 ou concernant les articles 147 et 148, alinéas 1 à 3, seront jugées par le conseil arbitral et, en appel, par le conseil supérieur des assurances sociales. Ces deux juridictions sont également compétentes pour les litiges avec les prestataires de soins conformément aux articles 70, 72 et 73.

Le siège du conseil arbitral des assurances sociales est à Luxembourg. Le président du conseil pourra fixer les audiences à Esch-sur-Alzette et à Diekirch. La compétence du conseil arbitral s'exerce sur tout le territoire du Grand-Duché de Luxembourg.

Le conseil arbitral des assurances sociales se compose d'un président et de deux délégués choisis par lui parmi ceux élus par la délégation de la caisse de maladie dont relève l'assuré ayant présenté le recours. S'il s'agit d'un salarié, le président désigne un délégué des assurés et un délégué des employeurs. Lorsque la détermination de la caisse de maladie compétente soulève des difficultés, le président statue seul. Les conditions et les modalités des élections des délégués font l'objet d'un règlement grand-ducal qui fixe également leur nombre.

Pour les litiges visés aux articles 72 et 73, les deux délégués visés à l'alinéa qui précède sont choisis parmi les trois délégués nommés pour une durée de cinq ans par le ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale respectivement sur base d'une liste de candidats présentée en nombre double par le ou les groupements professionnels ayant signé chacune des conventions prévues à l'article 61, alinéa 2 ainsi que sur base d'une liste de candidats à présenter en nombre double par le conseil d'administration de l'union des caisses de maladie.

Le président et le vice-président qui se suppléent mutuellement sont des fonctionnaires de l'Etat nommés par le Grand-Duc. Ils doivent être détenteurs du diplôme de docteur en droit délivré par un jury luxembourgeois ou titulaire d'un grade étranger d'enseignement supérieur en droit homologué et transcrit conformément à la loi du 18 juin 1969 sur l'enseignement supérieur et l'homologation des titres et grades étrangers d'enseignement supérieur. Avant d'entrer en fonction, ils prêtent serment devant le président du tribunal d'arrondissement de Luxembourg conformément aux articles 112 et 114 de la loi du 7 mars 1980 sur l'organisation judiciaire. Les articles 155 à 169 et 174 à 180 de la même loi leur sont applicables. En cas d'empêchement temporaire ou de récusation du président et du vice-président, ils sont remplacés par des magistrats à désigner par les ministres ayant dans leurs attributions la sécurité sociale et la justice.

Le siège du conseil supérieur des assurances sociales est à Luxembourg. Sa compétence s'étend sur tout le territoire du Grand-Duché de Luxembourg. Il se compose d'un président et de deux assesseurs nommés par le Grand-Duc parmi les magistrats pour une durée de trois années. En cas d'empêchement temporaire ou de récusation, le président est remplacé par l'assesseur le plus ancien; les assesseurs sont remplacés par des assesseurs suppléants nommés également par le Grand-Duc pour un terme de trois années parmi les magistrats.

Sauf dans les cas prévus à l'article 70, 72 et 73, le conseil supérieur des assurances sociales se compose en outre de deux délégués élus par les délégations des caisses de maladie. Les dispositions de l'alinéa 3 qui précède sont applicables.

Le président et les assesseurs du conseil supérieur des assurances sociales, le magistrat appelé à remplacer le président du conseil arbitral des assurances sociales ainsi que les délégués composant ces deux juridictions touchent des vacations ou des indemnités à fixer par règlement grand-ducal."

7° L'article 294 est modifié comme suit:

a) Les trois premiers alinéas prennent la teneur suivante:

"Sans préjudice des dispositions ci-après, la procédure à suivre devant le conseil arbitral et devant le conseil supérieur des assurances sociales, les délais et frais de justice sont déterminés par règlement grand-ducal.

Avant d'entrer en fonction, les délégués des assurés et des employeurs auprès des deux conseils prêtent entre les mains du président le serment prévu à l'article 110 de la Constitution, à moins qu'il ne s'agisse de fonctionnaires.

Sans préjudice des dispositions des articles 73 et 277, le conseil arbitral statue en dernier ressort jusqu'à la valeur de trente mille francs et à charge d'appel lorsque la valeur du litige dépasse cette somme."

b) L'alinéa 4 est abrogé et les alinéas 5 et 6 actuels deviennent les alinéas 4 et 5 nouveaux.

8° L'article 295, alinéa 1 est complété comme suit:

"Il en est de même des recours visés à l'article 72, alinéa final."

9° Les articles 304bis, 308bis, 308ter et 308quater sont abrogés.

10° Le premier alinéa de l'article 317 prend la teneur suivante:

"Les contestations opposant, entre eux, l'association d'assurance contre les accidents, les caisses de maladie, les caisses de pension, le centre commun de la sécurité sociale, les communes, les offices sociaux ou l'union des caisses de maladie sont vidées par le ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale."

11° Le deuxième alinéa de l'article 321 est modifié comme suit:

Sont dévolues au centre les compétences des différentes institutions et de leurs organes prévues en matière d'affiliation, de détermination, de perception et de recouvrement des cotisations prévues au titre des lois et règlements et notamment aux articles 140, 143, 179, 180, 181 et 261.

12° A l'article 322, alinéa 1^{er} sous 3° les termes «le commissaire de Gouvernement exerçant les fonctions de président du comité central de l'union des caisses de maladie» sont à remplacer par les termes «le président de l'union des caisses de maladie».

13° Dans la première phrase de l'alinéa 6 de l'article 323, le terme «préalable» est supprimé.

14° Les trois premiers alinéas de l'article 325 sont remplacés comme suit:

"Le comité-directeur est assisté par des employés publics, assimilés aux fonctionnaires de l'Etat, par des employés non-statutaires, assimilés aux employés de l'Etat et par des ouvriers assimilés aux ouvriers de l'Etat.

Les modalités de cette assimilation, en ce qui concerne notamment les droits et devoirs, la formation et les examens, la nomination par ledit comité-directeur, la rémunération, la cessation des fonctions et la retraite, sont déterminées par règlement grand-ducal, le Conseil d'Etat et le comité-directeur entendus en leurs avis. Ce règlement peut avoir un effet rétroactif en tant qu'il a pour objet de prendre des dispositions correspondant à celles applicables aux fonctionnaires et employés de l'Etat. Il détermine le cadre des employés publics et, le cas échéant, celui des fonctionnaires ainsi que la rémunération de ces derniers dans la mesure où elle n'est pas fixée dans la loi. Il doit en outre fixer un nombre limite pour l'effectif du centre.

Le règlement grand-ducal prévu à l'alinéa qui précède peut adjoindre au président du comité-directeur un ou plusieurs fonctionnaires de la carrière supérieure auxquels le président peut, pour autant que de besoin, déléguer ses fonctions. Le même règlement détermine le traitement de ces fonctionnaires."

15° La première phrase de l'article 333, alinéa 2 est modifiée comme suit:

"Le centre peut toutefois lui-même procéder au recouvrement forcé des créances au moyen d'une contrainte rendue exécutoire par le président du comité-directeur et notifiée au débiteur par lettre recommandée."

16° L'alinéa 1 de l'article 338 prend la teneur suivante:

"Les décisions du comité-directeur du centre, en matière d'affiliation, de cotisations et d'amendes d'ordre sont susceptibles d'un recours auprès du conseil arbitral et du conseil supérieur des assurances sociales qui statuent dans la composition prévue pour le régime de sécurité sociale concerné."

- 17° A la suite de l'article 340 sont ajoutés les articles 341 à 346 ci-après sous l'intitulé «Contrôle médical de la sécurité sociale»:

Art. 341. Il est créé une administration de l'Etat dénommée «Contrôle médical de la sécurité sociale» qui est placée sous la haute autorité du ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale.

Cette administration a dans ses attributions pour les branches de la sécurité sociale à caractère contributif:

- 1) la constatation de l'incapacité de travail et, le cas échéant, la fixation de son degré provisoire ou définitif par rapport à la capacité de travail normale;
- 2) les examens de contrôle périodiques en relation avec l'incapacité de travail, l'hospitalisation et les cures;
- 3) l'autorisation de la prise en charge des traitements médicaux, médico-dentaires et paramédicaux, pour autant qu'elle est prescrite par les lois, règlements ou statuts, et leur surveillance;
- 4) l'avis au sujet des normes à établir par les statuts conformément à l'article 23 en vue de définir la consommation abusive de soins de santé par les assurés;
- 5) l'établissement par voie informatique, selon les directives de la commission de surveillance prévue aux articles 72 et 73 et avec la collaboration du centre commun de la sécurité sociale, sur base de la banque de données afférente de l'association d'assurance contre les accidents, de l'union des caisses de maladie et des caisses de maladie, d'un rapport de l'activité de chaque médecin ou médecin-dentiste en ce qui concerne notamment le nombre, la nature et le coût des actes réalisés ainsi que des prescriptions et des certificats d'incapacité de travail en vue de constater une déviation injustifiée éventuelle et de saisir la commission de surveillance instituée par la convention collective;
- 6) l'établissement par voie informatique, selon les directives de la commission de surveillance prévue aux articles 72 et 73 et avec la collaboration du centre commun de la sécurité sociale, sur base de la banque de données afférente de l'association d'assurance contre les accidents, de l'union des caisses de maladie et des caisses de maladie, d'un rapport de l'activité pour les autres prestataires de soins du secteur extra-hospitalier;
- 7) l'étude, l'examen et la recommandation de mesures appropriées en matière de prévention et de réadaptation;
- 8) l'autorisation de la prise en charge de prothèses, orthèses et épithèses de tous genres, la surveillance de leur mise en place en bonne et due forme et le contrôle périodique afférent;
- 9) la vérification et le contrôle périodique des maladies ou infirmités donnant droit à des indemnités ou subventions à charge d'institutions ou de services à caractère social pour autant que les dispositions légales ou réglementaires ne disposent pas autrement;
- 10) les avis et examens médicaux en vue de l'octroi des cartes de priorité et d'invalidité;
- 11) l'établissement de statistiques concernant l'état de santé des personnes protégées;
- 12) l'information et la formation continue du corps médical en matière de législation sociale.

Les avis du contrôle médical de la sécurité sociale à caractère médical et à portée individuelle s'imposent aux institutions et administrations concernées qui peuvent demander de la part du contrôle médical la motivation de son avis en vue d'appuyer leur position devant le conseil arbitral et le conseil supérieur des assurances sociales. Sans préjudice des dispositions qui précèdent, le conseil arbitral et le conseil supérieur des assurances sociales peuvent en tout état de cause instituer des experts indépendants. Si l'avis du contrôle médical a été contredit par expertise médicale en première instance, l'institution ou l'administration concernée juge elle-même de l'opportunité de l'appel.

Il est créé un conseil supérieur qui exerce des fonctions consultatives auprès du contrôle médical de la sécurité sociale. Les missions et la composition de ce conseil sont déterminées par règlement grand-ducal qui règle également les relations du contrôle médical de la sécurité sociale avec les institutions ou administrations de sécurité sociale ou à caractère social.

Art. 342. Les attributions de contrôle et de surveillance peuvent avoir lieu en dehors de la ville de Luxembourg.

Art. 343. Les médecins du contrôle médical de la sécurité sociale ne peuvent s'immiscer dans les rapports du malade et du médecin traitant. Ils doivent s'abstenir de formuler devant le malade un diagnostic ou une appréciation sur le traitement.

Les médecins traitants sont tenus de fournir sous pli fermé aux médecins du contrôle médical de la sécurité sociale toutes indications concernant le diagnostic et le traitement.

Toutes les fois qu'ils le jugent utile dans l'intérêt du malade ou des missions de contrôle et de surveillance, les médecins du contrôle médical de la sécurité sociale doivent entrer en rapport avec le médecin traitant, toutes les précautions étant prises pour que le secret professionnel soit respecté. Pour la fixation du degré de l'incapacité de travail, ils prennent l'avis d'hommes de l'art toutes les fois qu'ils le jugent nécessaire.

Art. 344. Le cadre du personnel du contrôle médical comprend les emplois et fonctions ci-après :

- 1) dans la carrière supérieure de l'administration :
 - un médecin-directeur,
 - un médecin-directeur adjoint,
 - trois médecins-inspecteurs,
 - des médecins-conseils ou médecins-conseils adjoints.

Le nombre des emplois sus-visés ne peut pas dépasser dix-huit unités.

- 2) dans la carrière moyenne de l'administration :
 - a) quatre assistants d'hygiène sociale ou assistants sociaux ;
 - b) un inspecteur principal 1^{er} en rang ou inspecteur principal ou inspecteur.
 - des chefs de bureau,
 - des chefs de bureau adjoints,
 - des rédacteurs principaux,
 - des rédacteurs.

Le nombre des emplois visés sous le point b) ne peut dépasser deux unités.

- 3) dans la carrière inférieure de l'expéditionnaire administratif :
 - un premier commis principal,
 - un commis principal,
 - des commis,
 - des commis adjoints,
 - des expéditionnaires.

Le nombre des emplois sus-visés ne peut dépasser quatre unités.

Le cadre prévu ci-dessus peut être complété par des stagiaires et des employés de l'Etat suivant les besoins du service et dans les limites des crédits budgétaires.

Les conditions de nomination et de promotion aux fonctions prévues à l'alinéa 1, sub 1) du présent article, les modalités de recrutement, l'organisation d'un examen de fin de stage auquel est subordonné la nomination définitive dans la carrière supérieure du médecin sont celles déterminées par la réglementation concernant le recrutement et le stage du personnel médical du cadre supérieur des administrations et services des départements de la santé, de la sécurité sociale et du travail, sans préjudice des règles générales relatives au statut des fonctionnaires de l'Etat et de celles fixées par le présent chapitre.

Les conditions de nomination et de promotion aux fonctions prévues à l'alinéa 1, sub 2)a) du présent article, les modalités de recrutement, l'organisation d'un examen de fin de stage auquel est subordonné la nomination définitive dans la carrière moyenne de l'assistant social ou de l'assistant d'hygiène sociale sont celles déterminées par la réglementation concernant l'admission, la nomination et la promotion du personnel paramédical de l'Etat, sans préjudice des règles générales relatives au statut des fonctionnaires de l'Etat.

Sans préjudice de l'application des règles générales relatives au statut du fonctionnaire de l'Etat, les conditions de nomination aux fonctions prévues à l'alinéa 1 sub 2)b) et 3), ainsi que les modalités d'un examen de promotion auquel est subordonné l'avancement aux fonctions supérieures à celles de respectivement rédacteur principal et commis adjoint sont déterminées par règlement grand-ducal.

Ce règlement pourra dispenser de l'examen de promotion prévu les fonctionnaires ou employés publics qui ont déjà réussi cette épreuve dans leur administration d'origine.

Sont nommés par le Grand-Duc les fonctionnaires des grades supérieurs à ceux de rédacteur principal.

Le ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale nomme aux autres fonctions.

En cas d'intégration dans le cadre prévu à l'alinéa 1, sub 2) et sub 3) du présent article de fonctionnaires ou employés publics d'une administration de l'Etat ou d'un établissement public de sécurité sociale, il sera procédé pour la fixation du traitement à une reconstitution de carrière en tenant compte des années passées et des grades occupés auprès de l'administration d'origine, déduction faite de la période du stage légal. La disposition de l'article 7, paragraphe 6 de la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'Etat n'est pas applicable.

Pendant l'exercice de leurs fonctions il est interdit aux médecins-fonctionnaires du contrôle médical d'exercer une activité médicale de quelque nature que ce soit, à l'exception toutefois des expertises à caractère médical.

Les attributions prévues sub 1), 2) et 3) de l'alinéa 2 de l'article 341 du présent code peuvent être confiées par le ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale, en cas de besoin, à des médecins, médecins-dentistes ou pharmaciens, à engager à temps partiel.

Pendant la durée de l'engagement et pour les missions leur confiées, ces personnes sont placées sous l'autorité du médecin-directeur du contrôle médical.

Les employés de l'Etat, qui remplissent les conditions d'études requises pour l'admission à la carrière d'assistant d'hygiène sociale ou d'assistant social et qui peuvent faire valoir au moins trois années de service à tâche complète dans le domaine du travail social, soit en qualité d'employé de l'Etat, soit en qualité d'employé privé d'une association sans but lucratif ou d'une oeuvre d'utilité publique, gestionnaires d'une institution sociale et financées par l'Etat dans le cadre d'une convention, bénéficient en cas d'admission au stage auprès du contrôle médical de la sécurité sociale d'une réduction du stage à trois mois."

Art. 345.

- A. Les fonctions nouvelles créées par la présente loi sont classées comme suit à l'annexe A.
Classification des fonctions rubrique I «Administration générale» de la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'Etat:
le médecin-directeur, au grade 18,
le médecin-directeur adjoint, au grade 17,
le médecin-inspecteur, au grade 16.
Le médecin-inspecteur bénéficie d'un avancement en traitement au grade 17, quatre années après avoir atteint le dernier échelon au grade 16.
- B. A l'annexe A - Classification des fonctions - rubrique I «Administration générale», les modifications suivantes sont apportées:
au grade 14 et au grade 16 la mention «Contrôle médical» est remplacée par la mention «Contrôle médical de la sécurité sociale»; au grade 18 est ajoutée la mention «Contrôle médical de la sécurité sociale - médecin-directeur»; au grade 17 la mention «Contrôle médical - médecin-directeur adjoint»; au grade 16 est ajoutée la mention «Différentes administrations - médecin-inspecteur» et supprimée la mention: «Santé publique - médecin-inspecteur».
- C. A l'annexe D Détermination - Tableau I, «Administration générale» sont apportées les modifications suivantes:
au grade 17, grade de computation de la bonification d'ancienneté 14, est ajoutée la fonction «directeur adjoint du contrôle médical de la sécurité sociale»; au grade 18, grade de computation de la bonification d'ancienneté 14, est ajoutée la fonction «directeur du contrôle médical de la sécurité sociale».
- D. A l'article 22, section II. les dispositions sub 22 sont modifiées comme suit:
«Le Directeur de l'administration de l'aéroport et le médecin-inspecteur du contrôle médical de la sécurité sociale (grade 16) bénéficient d'un avancement au grade 17, quatre années après avoir atteint le dernier échelon du grade 16».

Art. 346. Le contrôle médical de la sécurité sociale est doté des équipements médicaux, médico-dentaires et administratifs qui sont nécessaires afin d'assurer une pleine efficacité à ses missions. Les acquisitions sont faites, dans les limites des crédits budgétaires, par le ministre du travail et de la sécurité sociale sur avis de l'inspection générale de la sécurité sociale et du conseil consultatif prévu à l'article 341.»

Article V. L'article 47 de la loi modifiée du 18 décembre 1986 promouvant le développement de l'agriculture est modifié comme suit:

«L'Etat prend en charge les cotisations des personnes visées à l'article 1^{er} sous 4) et 5) du code des assurances sociales et exerçant une profession agricole jusqu'à concurrence de trois quarts de la cotisation à charge des assurés calculée sur base du salaire social minimum de référence pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans au moins.»

Article VI. 1) Le point 2 de l'article 32 de la loi du 24 mai 1989 sur le contrat de travail prend la teneur suivante:

«2. le jour de l'épuisement des droits du salarié à l'indemnité pécuniaire de maladie lui accordée conformément aux dispositions de l'article 14 du code des assurances sociales, à moins qu'il y ait attribution d'une pension d'invalidité.»

2) Les paragraphes 1 et 2 de l'article 22 de la loi du 24 décembre 1990 sur la préretraite sont abrogés.

Article VII. Le point a) de l'article 5 de la loi modifiée du 30 avril 1980 portant création d'une allocation de maternité est modifié comme suit:

«a) du montant de l'indemnité pécuniaire de maternité prévue à l'article 25 du code des assurances sociales ou d'une prestation d'un régime luxembourgeois de même nature.»

Article VIII. L'alinéa final de l'article 6 de la loi du 23 décembre 1978 concernant les cartes de priorité et d'invalidité est abrogé.

Article IX. La seconde phrase du premier alinéa de l'article 1^{er} de la loi modifiée du 11 novembre 1970 sur les cessations et saisies des rémunérations de travail ainsi que des pensions et rentes prend la teneur suivante:

«Elle s'applique également aux indemnités de chômage complet ainsi qu'à l'indemnité pécuniaire de maladie et de maternité.»

Article X. La loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'Etat est modifiée comme suit:

- 1° Le point V de l'article 29ter est abrogé.
- 2° A l'annexe A - Classifications des fonctions -, la rubrique I - Administration générale - est complétée comme suit:
 - au grade 18 est ajoutée la mention «Union des caisses de maladie - président.»
- 3° A l'annexe D - Détermination des carrières - la rubrique I - Administration générale - est complétée comme suit:
 - A la carrière supérieure de l'administration au grade 12 de computation de la bonification d'ancienneté est ajoutée au grade ci-après la mention suivante:
 - au grade 18: «président de l'union des caisses de maladie».

Article XI. L'article 19 de la loi modifiée du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales et portant création de la caisse nationale des prestations familiales est remplacé comme suit:

«Pour les personnes exerçant une activité ressortissant de la chambre d'agriculture et affiliées à l'assurance maladie en vertu de l'article 1^{er}, alinéa 1, sous 4) du code des assurances sociales, la cotisation est fixée en proportion du revenu professionnel de l'exploitation agricole déterminé conformément à l'article 36, alinéas 1 et 2 du même code. Cette cotisation est à charge du chef d'exploitation. Les dispositions de l'alinéa 5 de l'article 18 qui précède sont applicables.»

Article XII. La loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu est modifiée et complétée par les dispositions suivantes:

- 1° L'article 11 est complété par un numéro 1a, libellé comme suit:
 - «1a. les prestations suivantes des non salariés versées par des caisses de maladie ou l'association d'assurance contre les accidents:
 - a) l'indemnité pécuniaire de maladie visée à l'article 12 du code des assurances sociales;
 - b) l'indemnité pécuniaire de maternité visée à l'article 25 du code des assurances sociales;
 - c) l'indemnité pécuniaire versée pendant les treize semaines consécutives à un accident professionnel ou une maladie professionnelle et prévue par l'article 97, 2e alinéa, numéro 2 du code des assurances sociales;»
- 2° L'article 95a. est remplacé par les dispositions suivantes:
 - «**Art. 95 a.** Les prestations suivantes versées par des caisses de maladie ou l'association d'assurance contre les accidents sont, dans la mesure où elles se substituent à des salaires visés par l'article 95, rangées dans cette catégorie de revenus et ne bénéficient pas de l'exemption prévue par l'article 115, numéro 7:
 - a) l'indemnité pécuniaire de maladie visée à l'article 11 du code des assurances sociales;
 - b) l'indemnité pécuniaire de maternité visée à l'article 25 du code des assurances sociales;
 - c) l'indemnité pécuniaire versée pendant les treize semaines consécutives à un accident professionnel ou une maladie professionnelle et prévue par l'article 97, 2e alinéa, numéro 2 du code des assurances sociales;
 - d) l'indemnité pécuniaire de maladie visée à l'article 12 du code des assurances sociales et les indemnités visées sub b) et c) ci-dessus, allouées à des salariés, associés de sociétés de capitaux ou d'organismes à caractère collectif au sens des dispositions régissant l'impôt sur le revenu des collectivités.»
- 3° L'article 105bis est complété par un alinéa 8 libellé comme suit:
 - «(8) Un règlement grand-ducal pourra prévoir que dans le chef des salariés touchant pendant les périodes d'incapacité de travail par suite de maladie, de maternité, d'accident professionnel ou de maladie professionnelle des prestations pécuniaires visées à l'article 95 a. ou bénéficiant pendant lesdites périodes de la conservation de leur rémunération en vertu d'une disposition légale ou contractuelle, les frais de déplacement sont à mettre en compte comme si, pendant lesdites périodes, les salariés continuaient leur travail auprès de leur employeur.»
- 4° A l'article 115, numéro 7., la première phrase est remplacée comme suit:
 - «7. les prestations en numéraire allouées en vertu d'une assurance maladie ou par l'association d'assurance contre les accidents, de même que les prestations correspondantes servies par des organismes publics étrangers de sécurité sociale, à l'exception des prestations pécuniaires visées aux articles 11, numéro 1a. et 95a.»
- 5° L'article 115, numéro 11., est complété comme suit:
 - «Le règlement grand-ducal prévu pourra prévoir qu'en vue de l'application de la phase qui précède les périodes d'incapacité de travail par suite de maladie, de maternité, d'accident professionnel ou de maladie professionnelle ouvrant droit aux prestations pécuniaires de l'article 95a. ou à la conservation de la rémunération en vertu d'une disposition légale ou contractuelle, sont à assimiler à des périodes de travail auprès de l'employeur.»

DISPOSITIONS RELATIVES AU SECTEUR DE LA SANTE

Article XIII. La loi du 29 août 1976 portant planification et organisation hospitalières est modifiée comme suit:

- 1° L'article 2 instituant un conseil des hôpitaux est abrogé.
- 2° L'article 4 est complété par un nouvel alinéa ayant la teneur suivante:
 - «Le ministre de la santé peut par ailleurs recourir aux données anonymisées de l'association d'assurance contre les accidents, des caisses de maladie, du contrôle médical de la sécurité sociale, de l'union des caisses de maladie et des différents établissements hospitaliers, relatives:

- au séjour hospitalier des différents patients: les diagnostics, interventions, techniques spéciales, services d'hospitalisation et durée de séjour, âge, date d'admission, destination du patient après sortie;
- à l'utilisation des équipements médicaux des établissements hospitaliers: fréquence des différentes prestations par patients hospitalisés et ambulatoires, nombre de patients;
- à la fréquence et aux raisons du recours aux établissements hospitaliers étrangers.»

3° L'article 11 prend la teneur suivante:

«Une pharmacie hospitalière est obligatoire pour tout hôpital et hôpital psychiatrique et neuro-psychiatrique fermé disposant de plus de cent vingt lits. L'hôpital engagera à ces fins un pharmacien à tâche complète.

Si le nombre de lits est inférieur à cent vingt, l'hôpital pourra choisir entre une pharmacie hospitalière et un dépôt hospitalier de médicaments.

Le nombre de lits est déterminé en tenant compte de facteurs de pondération établis suivant la nature des services hospitaliers.

Le dépôt hospitalier de médicaments est placé sous la responsabilité soit d'un pharmacien engagé à ces fins, à tâche partielle le cas échéant, par l'hôpital ou par plusieurs hôpitaux, soit d'un pharmacien tenant une officine ouverte au public ou salarié auprès d'une telle officine. Les contrats de louage de services afférents préciseront les calculs à la base respectivement des coefficients de tâches et des volumes de prestations de services qui seront fonction du nombre de lits et d'heures de service. Ces contrats sont sujets à approbation par le ministre ayant dans ses attributions la santé sur avis de la direction de la santé.

Les demandes de création d'une pharmacie hospitalière ou d'un dépôt hospitalier de médicaments sont à adresser au ministre ayant dans ses attributions la santé qui en décide sur avis de la direction de la santé, du collège médical et de la commission permanente pour le secteur hospitalier, instituée à l'article 13 ci-après.

Un règlement grand-ducal fixera le statut du pharmacien ainsi que les conditions et les modalités concernant l'installation, la tenue de stocks et le fonctionnement respectivement de la pharmacie et du dépôt hospitalier de médicaments. Ce règlement définit également les lits au sens du présent article et fixe les facteurs de pondération applicables suivant la nature des services hospitaliers.»

4° L'article 12 prend la teneur suivante:

«Chaque hôpital a une gestion et une comptabilité propres; cette comptabilité doit être tenue d'après un plan comptable uniforme complété par une partie analytique uniforme pour tous les hôpitaux. Le plan comptable ainsi que les modalités et les règles de la comptabilité analytique sont fixés par règlement grand-ducal, la commission permanente pour le secteur hospitalier entendue en son avis.

La partie analytique de la comptabilité doit faire apparaître le coût des services et des prestations hospitalières.

Si l'hôpital dispose d'un service d'hospitalisation réservé aux cas de soins ou d'hébergement, le coût global de ce service ainsi que ses composantes doivent être clairement renseignés.

Les hôpitaux soumettent leur comptabilité et les comptes annuels au contrôle prévu à l'article 10 de la loi du 31 juillet 1990 ayant pour objet de garantir des prestations hospitalières conformes aux besoins du pays.

Les hôpitaux sont tenus de communiquer aux ministres ayant dans leurs attributions la santé et la sécurité sociale ainsi qu'à l'union des caisses de maladie les résultats d'exploitation, le rapport de révision ainsi que toutes les données se rapportant à la gestion et aux activités médicales de l'hôpital.»

5° L'article 13 prend la teneur suivante:

«Il est institué une commission permanente pour le secteur hospitalier qui exerce des fonctions consultatives auprès des ministres ayant dans leurs attributions la santé et la sécurité sociale.

La commission a notamment pour mission d'aviser:

- 1° les projets de plan hospitalier national tels que définis à l'article 3 de la présente loi;
- 2° les demandes d'aide financière conformément aux dispositions de la loi du 31 juillet 1990 ayant pour objet de garantir des prestations hospitalières conformes aux besoins du pays;
- 3° les demandes d'autorisation, de cessation d'exploitation totale ou partielle ainsi que de suppression ou de réduction de services hospitaliers;
- 4° les projets de normes d'aménagement et d'organisation générale des établissements hospitaliers ainsi que de leurs services et notamment les conditions minima concernant les équipements et le personnel médical et paramédical conformément aux dispositions de l'article 10 de la présente loi;
- 5° les projets d'établissement et de modification du plan comptable hospitalier.

La commission peut en outre, sur demande du ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale ou du ministre ayant dans ses attributions la santé ou de sa propre initiative, proposer aux ministres tous voies et moyens d'ordre sanitaire, financier ou administratif portant amélioration du système et des services hospitaliers.

La commission se compose:

- de deux représentants du ministre ayant dans ses attributions la santé dont l'un est le directeur de la santé;
- d'un représentant du ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale;
- d'un représentant du ministre des finances;
- de quatre représentants de l'union des caisses de maladie;

- de deux représentants proposés par le groupement le plus représentatif des hôpitaux luxembourgeois dont un représentant du secteur hospitalier public et un du secteur hospitalier privé;
- de deux représentants des professions de la santé dont l'un est médecin proposé par l'association la plus représentative des médecins et médecins-dentistes et l'autre agent paramédical proposé par le conseil supérieur des professions paramédicales.

Il y a autant de membres suppléants qu'il y a de membres effectifs.

Les membres effectifs et suppléants sont nommés pour une durée de cinq ans par arrêté grand-ducal sur proposition du ministre ayant dans ses attributions la santé.

La commission est présidée par le directeur de la santé. Elle peut se constituer en sous-commissions de travail et s'adjoindre des experts. Les avis de la commission sont pris dans le délai fixé par le ministre ayant dans ses attributions la santé à la majorité des voix, chaque membre pouvant faire constater son vote au procès-verbal et y faire joindre un exposé de ses motifs. Le vote séparé et l'exposé des motifs sont transmis aux ministres compétents. En cas d'égalité des voix, celle du président est prépondérante.

Si les représentants de l'union des caisses de maladie opinent que la décision à prendre comporte des répercussions financières importantes pour l'assurance maladie, ils demandent une prolongation du délai fixé afin de faire examiner la proposition soumise par expertise à charge de l'union des caisses de maladie. La prolongation doit être accordée par le ministre ayant dans ses attributions la santé et ne saurait être inférieure à trois mois.

Un règlement grand-ducal détermine le fonctionnement de la commission, les procédures à suivre et l'indemnisation des membres y compris celle des experts et du secrétaire administratif qui est fonctionnaire de l'administration gouvernementale. Les frais de fonctionnement et les indemnités des membres de la commission sont à charge du budget de l'Etat.»

Article XIV. La loi du 31 juillet 1990 ayant pour objet de garantir des prestations hospitalières conformes aux besoins du pays est modifiée comme suit:

1° L'alinéa 1^{er} de l'article 6 prend la teneur suivante:

«En vue d'obtenir une aide en vertu de la présente loi, l'intéressé doit présenter une demande au ministre ayant dans ses attributions la santé. La demande doit être accompagnée des pièces justificatives. Elle est instruite par la commission permanente pour le secteur hospitalier conformément aux dispositions de l'article 13 de la loi modifiée du 29 août 1976 portant planification et organisation hospitalières. A défaut d'une prise de position de la commission dans un délai de deux mois, celle-ci est censée s'être prononcée en faveur de l'aide sollicitée.»

2° L'article 10, paragraphe (2) est modifié comme suit:

«Pour la présentation du bilan, des comptes de profits et pertes et de l'annexe, un schéma uniforme sera fixé par règlement grand-ducal, à prendre sur avis de la commission permanente pour le secteur hospitalier visée à l'article 13 de la loi modifiée du 29 août 1976 portant planification et organisation hospitalières.»

Article XV. La loi du 11 avril 1983 portant réglementation de la mise sur le marché et de la publicité des spécialités pharmaceutiques et des médicaments préfabriqués est modifiée comme suit:

1° L'article 16 est remplacé par le texte suivant:

«Art. 16.- Droit d'enregistrement.

A la demande d'autorisation de mise sur le marché doit être jointe une quittance de l'administration de l'enregistrement et des domaines, attestant le versement d'un droit fixe dont le montant sera déterminé par règlement grand-ducal. Ce droit, qui peut différer suivant que le produit est déjà pourvu d'une autorisation dans un Etat membre des Communautés Européennes ou non et qui est exigé pour chaque forme pharmaceutique et chaque dosage du médicament, ne peut être supérieur à cinq cent mille francs ni inférieur à cinq mille francs.

Le maintien sur le marché d'un médicament peut être soumis au paiement d'un droit annuel, dont le montant, qui sera fixé par règlement grand-ducal, ne peut pas être supérieur à cinq mille francs. Ce droit, qui est exigible pour chaque forme pharmaceutique et chaque dosage, peut être perçu pour la première fois au cours de l'année qui suit la date d'entrée en vigueur de la loi portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé pour les produits se trouvant sur le marché avant cette date. Pour les produits mis sur le marché après cette date, ce droit pourra être perçu pour la première fois au cours de l'année qui suit la mise sur le marché du produit.»

2° Entre l'article 18 et l'article 19, il est intercalé un nouvel article 18bis, figurant au chapitre II - Mise sur le marché, - et rédigé comme suit:

«Art. 18bis.- Liste de transparence.

Sur proposition de la direction de la santé et après avis d'une commission instaurée à cet effet, le ministre ayant dans ses attributions la santé édite une liste de transparence des médicaments munis d'une autorisation de mise sur le marché qui sont d'une valeur thérapeutique comparable. Un règlement grand-ducal détermine la composition, les modalités de nomination des membres, les attributions et le fonctionnement de la commission dont question à l'alinéa qui précède.»

Article XVI. La loi modifiée du 21 novembre 1980 portant organisation de la direction de la santé est modifiée comme suit:

1° Le point 1) de l'article 4 est complété comme suit:

«Il a la charge de coordonner et de promouvoir la formation continue pour médecins, médecins-dentistes et pharmaciens en étroite collaboration avec les sociétés scientifiques et les cercles médicaux concernés.

La formation continue comporte des cours ou des stages de recyclage ayant pour objet la mise à jour des connaissances et leur adaptation aux exigences nouvelles en matière de sciences médicales. Un règlement grand-ducal détermine le contenu et les modalités selon lesquelles la formation continue est organisée ainsi que les modalités selon lesquelles les activités de formation continue sont suivies et reconnues. Les frais résultant de l'organisation de la formation continue sont à charge du budget de l'Etat.»

2° Au paragraphe (1) de l'article 6 est ajouté un nouveau point 4) libellé comme suit:

«4) de rassembler des rapports sur les effets secondaires observés pour certains médicaments et certaines substances et d'en informer le corps médical et pharmaceutique.»

Article XVII. L'article 2 de la loi du 25 novembre 1975 concernant la délivrance au public de médicaments est complété par un deuxième et un troisième alinéas, rédigés comme suit:

«Sur avis de la direction de la santé, le ministre ayant dans ses attributions la santé peut interdire ou limiter la délivrance de substances ou de formules magistrales et officinales pouvant présenter un risque de santé.

En cas de risque de santé, sur proposition de la direction de la santé, division de la pharmacie, le ministre ayant dans ses attributions la santé peut limiter la délivrance en fixant la taille maximale des conditionnements pour certains médicaments.»

Article XVIII. L'article 37 de la loi du 29 avril 1983 concernant l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire prend la teneur suivante:

«**Article 37.** L'action des médecins, des médecins-dentistes et des médecins-vétérinaires pour leurs prestations se prescrit par deux années à compter de la date des services rendus.»

Article XIX. L'alinéa 1^{er} de l'article 4 de la loi du 10 décembre 1975 créant un établissement public dénommé Centre hospitalier de Luxembourg, groupant la maternité Grande-Duchesse Charlotte, la clinique pédiatrique fondation Grand-Duc Jean et Grande-Duchesse Joséphine Charlotte et l'Hôpital municipal, telle qu'elle a été modifiée par la loi du 31 juillet 1990, est modifié comme suit:

«L'établissement est administré par une commission administrative composée de treize membres effectifs à savoir sept délégués de l'Etat dont deux médecins et un délégué du ministre des finances, trois délégués de la Ville de Luxembourg dont un médecin, un délégué du conseil d'administration de l'union des caisses de maladie, deux délégués du personnel du Centre hospitalier dont un médecin et un membre du personnel paramédical, administratif, technique ou ouvrier.»

Article XX. La loi du 18 décembre 1987 organisant le centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains est modifiée comme suit:

1° L'avant-dernier alinéa de l'article 4 prend la teneur suivante:

«Le conseil d'administration désigne deux experts, dont l'un est docteur en médecine et l'autre est choisi parmi les délégués de l'union des caisses de maladie visés aux points 1 à 5 de l'article 48 du code des assurances sociales.»

2° Entre les articles 9 et 10 est intercalé un article 9bis nouveau rédigé comme suit:

«**Art. 9bis.** Les médecins exerçant au centre décident, sur présentation d'un dossier médical, de l'admission pour indication médicale des curistes au traitement, sans préjudice des attributions du contrôle médical de la sécurité sociale quant à la prise en charge du traitement thermal par l'assurance maladie.

Les médecins exercent leur fonction en toute indépendance déontologique à l'égard du centre et de l'assurance maladie.»

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Article XXI.

1) L'union des caisses de maladie telle que réorganisée par la présente loi, débute avec un bilan d'ouverture au 1^{er} janvier 1994, résultant des bilans de clôture de l'année 1993 des différentes caisses de maladie et de l'union des caisses de maladie prévue à l'article 53 ancien du code des assurances sociales, arrêtés par le ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale. Elle reprend à son compte tous les droits et obligations des caisses existant à la date prévue à l'exception des immeubles appartenant en propriété aux caisses de maladie à cette date. A cette fin, les dispositions légales et réglementaires antérieures demeurent applicables dans la mesure où elles sont nécessaires pour assurer l'exécution des droits et obligations.

La réserve visée à l'article 28 nouveau du code des assurances sociales est constituée par la réserve des fonds de roulement et de réserves existant au 31 décembre 1993 auprès des différentes caisses de maladie y compris la contrepartie des immeubles prévus. Au cas où elle n'atteint pas pour l'exercice 1994 le montant minimum prévu conformément aux dispositions de l'article 28 prévu, l'union des caisses de maladie procède sans délai à un emprunt jusqu'à concurrence de ce montant par dérogation à l'article 41, alinéa 2 du code des assurances sociales. Cet emprunt est amorti dans les cinq ans. Les intérêts et les amortissements de cet emprunt sont imputés sur les budgets annuels.

- 2) L'union des caisses de maladie telle que réorganisée par la présente loi se constitue à partir du 1^{er} jour du mois suivant celui de la publication de la présente loi. Sont désignés à partir de la même date le président de l'union des caisses de maladie, les membres de la commission de nomenclature prévue à l'article 65 nouveau du code des assurances sociales et les membres de la commission permanente pour le secteur hospitalier, prévue à l'article 13 nouveau de la loi modifiée du 29 août 1976 portant planification et organisation hospitalières.

La liste des médiateurs prévue à l'article 69 nouveau du code des assurances sociales est établie dès la constitution des organes de l'union des caisses de maladie. Dans la mesure où les dispositions prévues au présent alinéa font intervenir les parties signataires de la convention collective pour la désignation des membres de la commission ou des médiateurs, cette désignation est effectuée par les groupements professionnels signataires de la convention conclue sur base de l'ancien article 308bis du code des assurances sociales et, à défaut d'une telle convention, par le ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale, parmi les personnes susceptibles de représenter la profession en cause. Les représentants de l'union des caisses de maladie ne sont désignés qu'après la constitution des nouveaux organes conformément à l'alinéa qui suit.

Endéans les quatre mois à partir de la publication de la loi, les comités-directeurs des caisses de maladie se constituent en tant qu'assemblée générale de l'union des caisses de maladie. Ne font pas partie de cette assemblée générale le membre le moins âgé du comité-directeur de la caisse de maladie agricole ainsi que le membre le moins âgé du groupe représentant les professions commerciales au comité-directeur de la caisse de maladie des professions indépendantes. Dès sa constitution, l'assemblée générale désigne le conseil d'administration. Les conditions et les modalités de cette désignation font l'objet du règlement grand-ducal prévu à l'article 57 nouveau du code des assurances sociales.

- 3) Le comité central de l'union des caisses de maladie cesse ses activités dès la constitution des nouveaux organes qui reprennent ces activités dans le cadre des articles 44 à 50 nouveaux du code des assurances sociales.

L'assemblée générale arrête pour le 1^{er} décembre 1993 au plus tard les nouvelles dispositions statutaires. Au cas où à cette date les statuts ne seraient pas arrêtés en conformité avec les nouvelles dispositions légales, le texte des statuts peut être arrêté par le ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale, sur base des règlements et des statuts en vigueur jusqu'à cette date.

Les conventions ou sentences en tenant lieu, prises en application de l'ancien article 308bis du code des assurances sociales, cessent de sortir leurs effets à partir du 31 décembre 1993. Dès la constitution des nouveaux organes de l'union des caisses de maladie, celle-ci entre en négociation avec les groupements professionnels des prestataires en vue de la conclusion de nouvelles conventions collectives dans le cadre des articles 60 à 79 nouveaux du code des assurances sociales, sans que les délais prévus à ces dispositions soient applicables.

Les relations avec le secteur hospitalier tel que défini à l'article 60 nouveau du code des assurances sociales continuent à être régies pendant les exercices 1993 et 1994 par les dispositions conventionnelles en vigueur au moment de la publication de la présente loi. Pour ces exercices, les tarifs conventionnels y prévus sont adaptés en fonction de l'évolution du revenu moyen cotisable prévue à l'alinéa 1 de l'article 67 nouveau du code des assurances sociales respectivement entre 1990 et 1991 et entre 1991 et 1992. Au cours de l'exercice 1994 au plus tard, l'union des caisses de maladie et les groupements des hôpitaux déterminent d'un commun accord les règles suivant lesquelles seront apurées les créances existantes au 31 décembre 1994. À défaut d'entente à la date du 31 octobre 1994, ces règles sont établies par voie de règlement grand-ducal.

La valeur des lettres-clés pour l'exercice 1994 est négociée sur base de lettres-clés fictives pour l'exercice 1992, sans que cette adaptation puisse être supérieure à l'évolution du revenu moyen cotisable prévue à l'alinéa 1 de l'article 67 nouveau du code des assurances sociales entre 1990 et 1992. Pour les médecins, les médecins-dentistes et les professions de santé, la valeur de ces lettres-clés fictives est déterminée de façon à ce que le total des nombres d'actes et services multipliés par leurs tarifs respectifs valables en 1992 soit égal au total du nombre d'actes multipliés par les coefficients respectifs de la nouvelle nomenclature et par la lettre-clé fictive. Pour les laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique, la valeur de la lettre-clé applicable en 1994 est déterminée de façon à ce que le total des nombres d'actes et de services, y compris ceux posés en milieu hospitalier, multipliés par leurs tarifs respectifs valables en 1992 soit égal au total du nombre d'actes multipliés par les coefficients respectifs de la nouvelle nomenclature et par la lettre-clé fictive.

- 4) Le mandat des membres des délégations et des comités-directeurs des caisses de maladie actuellement en fonction, de l'assemblée générale et du conseil d'administration de l'union des caisses de maladie, désignés conformément au point 2) du présent article, cesse avec l'entrée en fonction de leurs successeurs, désignés lors des élections qui auront lieu à une date à définir par le règlement grand-ducal prévu à l'article 57 nouveau du code des assurances sociales, mais au plus tard le 31 décembre 1994. Si nécessaire, les mandats qui viendront à échéance avant la date prévue sont prorogés en conséquence.

Le mandat des délégués des assurés ou des employeurs en fonction au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi dans les organes des caisses de pension ainsi qu'auprès du conseil arbitral et du conseil supérieur des assurances sociales prend fin à la date visée à l'alinéa qui précède ou est prorogé jusqu'à cette date. Un règlement grand-ducal peut prendre la même mesure en ce qui concerne le mandat des membres des organes de l'association d'assurance contre les accidents, section industrielle et section agricole et forestière.

- 5) Compte tenu du nombre limite prévu par le règlement grand-ducal prévu à l'article 282, alinéa 5 nouveau du code des assurances sociales et pour autant que de besoin, des employés publics faisant partie au moment de la publication de la présente loi du cadre des caisses de maladie ainsi que des employés non statutaires au service de

ces caisses à la même date sont intégrés dans l'union des caisses de maladie par décision du Gouvernement en Conseil sur proposition du ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale, le conseil d'administration de l'union des caisses de maladie et les comités-directeurs des caisses de maladie concernées demandés en leurs avis.

Pour la fixation du traitement, il est procédé à une reconstitution de carrière en tenant compte des années passées et des grades occupés auprès de l'administration d'origine, déduction faite de la période de stage légal. La disposition de l'article 7, paragraphe 6 de la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'Etat n'est pas applicable.

Les employés publics visés aux alinéas qui précèdent peuvent avancer hors cadre par dépassement des effectifs à prévoir par le règlement grand-ducal concernant le statut du personnel de l'union des caisses de maladie au moment où leurs collègues de la caisse de maladie d'origine de rang égal ou immédiatement inférieur bénéficient d'une promotion. Cette mise hors cadre subsiste tant qu'ils ne peuvent obtenir la même promotion dans le cadre de l'union des caisses de maladie.

Dans des conditions à déterminer par le règlement grand-ducal prévu à l'article 282, alinéa 5 nouveau du code des assurances sociales, les agents au service des caisses de maladie d'entreprise peuvent être intégrés dans l'union des caisses de maladie.

Le fonctionnaire de l'Etat exerçant l'emploi de «secrétaire du comité central de l'union des caisses de maladie» est affecté au cadre de l'inspection générale de la sécurité sociale, où il est placé hors cadre par dépassement des effectifs autorisés. Il continue à bénéficier de son traitement et reste classé au grade de substitution.

L'union des caisses de maladie peut bénéficier à titre transitoire sur sa demande d'une assistance technique de la part de fonctionnaires spécialisés du ministère de la sécurité sociale et de l'inspection générale de la sécurité sociale de l'accord du ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale.

En vue d'organiser la mise en place des nouvelles structures administratives de l'union des caisses de maladie et en prévision du règlement grand-ducal prévu à l'article 282, alinéa 5 nouveau du code des assurances sociales, les caisses de maladie détachent à la demande de l'union des caisses de maladie un nombre limité mais suffisant d'employés publics. A défaut d'accord entre les caisses de maladie et l'union des caisses de maladie, ces employés publics sont désignés par le ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale. Le personnel détaché est placé sous la direction et l'autorité de l'union des caisses de maladie. Il peut être procédé à partir du 1^{er} jour du mois qui suit celui de la publication de la présente loi sans prise en considération des règles fixées par la loi budgétaire pour l'exercice 1992 pour des engagements nouveaux de personnel de l'Etat, aux engagements supplémentaires de deux médecins et d'un fonctionnaire de la carrière moyenne du rédacteur pour les besoins du contrôle médical de la sécurité sociale et de deux fonctionnaires de la carrière supérieure de l'administration pour les besoins de l'union des caisses de maladie.

- 6) Les entreprises sont tenues indemnes du fonds de roulement fourni en application de l'ancien article 28, alinéa 4 du code des assurances sociales.

Un montant de cent quatre-vingts millions de francs de la réserve reste affecté à des placements en faveur de prêts au logement. En vue de l'application des dispositions des chapitres III et IV nouveaux du code des assurances sociales, ce montant est assimilé au patrimoine immobilier à moins que la délégation de la caisse de maladie concernée n'en décide autrement.

- 7) Un règlement grand-ducal fixe la prise en charge en raison de prix maxima pour des groupes de médicaments à valeur thérapeutique comparable définis à l'article 18bis de la loi modifiée du 11 avril 1983 portant réglementation de la mise sur le marché et de publicité des spécialités pharmaceutiques et des médicaments préfabriqués.

- 8) A partir du 1^{er} août 1992, les taux destinés au financement de l'assurance maladie sont fixés à :

- a) 5 pour cent pour les soins de santé;
- b) 0,15 pour cent pour l'indemnité pécuniaire telle que définie à l'article 29, alinéa 4 sous a) nouveau du code des assurances sociales;
- c) 4 pour cent pour l'indemnité pécuniaire telle que définie à l'article 29, alinéa 4 sous b) nouveau du code des assurances sociales.

Nonobstant les dispositions de l'article 28, alinéa 1 nouveau du code des assurances sociales, les taux prévus ne peuvent être diminués avant le 1^{er} janvier 1995.

L'Etat prend en charge le déficit cumulé des caisses de maladie existant au 31 décembre 1992 au titre des soins de santé.

- 9) La loi du 20 décembre 1991 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 1992 est complétée dans la section 17.5 par l'article ci-après :

Article	Code éco.	Code fonc.	Libellé	Crédit 1992
42.005	42.00	05.20	Caisses de maladie: Prise en charge partielle du déficit cumulé en matière de prestations en nature (Crédit non limitatif)	700.000.000

Le crédit ci-dessus ne peut être liquidé que sur décision conjointe du Ministre des finances et du Ministre de la sécurité sociale.

DISPOSITIONS ABROGATOIRES

Article XXII. Sont abrogés:

- la loi du 29 août 1951 concernant l'assurance maladie des fonctionnaires et employés, telle qu'elle a été modifiée par la suite;
- la loi du 23 avril 1979 portant réforme de l'assurance maladie des professions indépendantes et institution d'une indemnité pécuniaire, telle qu'elle a été modifiée par la suite;
- la loi du 13 mars 1962 portant création d'une caisse de maladie agricole, telle qu'elle a été modifiée par la suite;
- les articles 1^{er} et 9 de la loi modifiée du 23 mai 1964 concernant l'admission des travailleurs intellectuels indépendants à la caisse de pension des employés privés;
- l'article 6 de la loi du 27 juillet 1978 portant modification de différentes dispositions légales en matière d'assurance maladie;
- l'article 9 de la loi modifiée du 26 juillet 1986 portant a) création du revenu minimum garanti; b) création d'un service d'action sociale; c) modification de la loi du 30 juillet 1960 concernant la création d'un fonds national de solidarité.

ENTREE EN VIGUEUR

Article XXIII. La présente loi sort ses effets le 1^{er} janvier 1994 à moins qu'elle n'en dispose autrement.

Mandons et ordonnons que la présente loi soit insérée au Mémorial pour être exécutée et observée par tous ceux que la chose concerne.

*La Secrétaire d'Etat
à la Sécurité sociale,*
Mady Delvaux-Stehres

Le Ministre de la Santé,
Johny Lahure

Le Ministre des Finances,
Jean-Claude Juncker

*Le Ministre de la Famille
et de la Solidarité,*
Fernand Boden

Le Ministre de la Fonction publique,
Marc Fischbach

*Le Ministre de l'Agriculture,
de la Viticulture
et du Développement Rural,*
René Steichen

Barcelone, le 27 juillet 1992.

Jean

Doc. parl. 3513; sess. ord. 1990-1991 et 1991-1992.
