

**COMMENTAIRES DU COMPTE-RENDU DE REUNION DU 03.02.2010  
GT3 LABORATOIRES / EHL / FLLAM / SLBC / AMMD**

- la FLLAM s'oppose formellement au projet de débudgétisation de l'activité ambulatoire des hôpitaux. En effet, en procédant ainsi, le secteur hospitalier bénéficierait d'un avantage budgétaire significatif et verrait ses frais fixes et variables toujours couverts pour les besoins de l'activité stationnaire (patient hospitalisé) tout en bénéficiant de toutes les infrastructures et les équipements existants pour la prise en charge de l'activité ambulatoire qui serait remboursée à l'acte sur base de la cotation à la nomenclature. L'activité ambulatoire serait donc nette de frais ce qui place le secteur hospitalier en position favorable en termes de capacité d'investissement, le secteur privé ne bénéficiant d'aucune subvention ou aide étatique pour ses frais de fonctionnement (infrastructures, équipements, personnel) et ne disposant que de la cotation des actes à la nomenclature pour développer son activité avec une lettre-clé fixée et non indexée sur le coût de la vie.
- la FLLAM s'oppose à la mise en place d'actes réservés pour le Laboratoire National de Santé. En effet, la situation actuelle (anatomo-pathologie et dépistage des trisomies 21) place déjà le LNS dans une situation de monopole de fait et la FLLAM considère que la construction des nouveaux bâtiments à Dudelange ne peut justifier la mise en place d'actes réservés pour des seules raisons de faible volume d'activité enregistré par le LNS. Le problème du LNS réside dans la définition de ses missions que la FLLAM situe au niveau de l'épidémiologie et de l'hygiène médicale à l'exclusion de toute activité de routine qui ne se justifie pas.
- la FLLAM se rallie à l'avis de l'AMMD et demande l'abolition de la limitation de prise en charge à 12 actes par ordonnance appliquée au seul secteur privé depuis le 01/01/2005. Cette abolition avait été validée oralement par Monsieur le Ministre de la Santé en novembre 2008 mais restée sans suite à ce jour de sorte que la retenue mensuelle par la CNS des actes dépassant les 12 positions est toujours d'application pour le secteur privé. Le secteur hospitalier n'est pas concerné par cette mesure malgré l'introduction dans les statuts de l'UCM en avril 2007 d'une application de la règle de limitation aux deux secteurs.
- la FLLAM souligne le point évoqué par l'AMMD relatif à la transparence des frais fixes du secteur hospitalier en ce qui concerne l'activité des laboratoires. En effet, le coût du secteur privé extrahospitalier est parfaitement connu de la CNS et du Ministère de la Sécurité Sociale car il est lié aux actes remboursés sur base de la nomenclature. A ce jour nous ne connaissons pas le coût engendré par l'activité "laboratoire" des 7 établissements hospitaliers du pays (CHEM, HK, CSM, CHL, ZITHA, CSL, CSJ) car ce coût est divisé entre frais variables liés à l'activité et publiés par la CNS et frais fixes englobés dans le budget hospitalier sans comptabilité analytique.
- la FLLAM rejoint l'avis de l'expert de la CNS en ce qui concerne la gestion de la partie pré-analytique et post-analytique de l'examen de biologie médicale. Il s'agit en effet d'étapes tout aussi importantes que la réalisation des analyses. De ce fait la FLLAM insiste sur les démarches d'accréditation ISO15189, réalisées dans le secteur privé des laboratoires, afin de garantir au patient et au médecin le respect des normes européennes de qualité en vigueur. L'accréditation ISO15189 est devenue une obligation dans un bon nombre de pays de l'union européenne et constitue à ce titre un critère de compétitivité des laboratoires luxembourgeois face à l'ouverture du marché européen.
- la FLLAM adhère à l'idée de l'AMMD de sensibiliser le patient sur le coût que représente la réalisation des analyses médicales et précise par la même occasion que cette sensibilisation du patient avait fait l'objet d'une proposition à l'UCM dès 2006 (cf. courrier en annexe). Celle-ci consistait à mentionner sur le protocole de résultat le coût global du bilan réalisé par le patient.

- la FLLAM ne peut que soutenir l'EHL dans leur objectif de mutualiser les activités des laboratoires hospitaliers afin de réaliser des économies d'échelle en matière de gestion des achats, de mise en commun des équipements, de réduction des redondances d'activité, de plateforme informatique commune etc... La FLLAM émet toutefois des réserves sur le fonctionnement d'un GIE hospitalier tel que proposé par l'EHL dans la réunion du 03/02/10. Sa mise en place et son fonctionnement représentent un coût alors même que l'EHL existe depuis de nombreuses années et dont les missions pourraient être assimilables à ce GIE. Pourquoi une nouvelle entité indépendante de l'EHL ?
- la FLLAM s'associe à l'AMMD et à l'EHL pour promouvoir dans les meilleurs délais la mise en place d'une diffusion électronique des résultats de laboratoires à l'échelle nationale. Le groupe de travail e-Health constitué en 2009 par le Ministère de la Santé doit veiller à l'interopérabilité des systèmes existants et des projets en cours de développement par les différents prestataires de soins afin d'éviter une incompatibilité en particulier en ce qui concerne l'identification unique du patient. Ceci afin de préserver la viabilité du projet en particulier dans sa deuxième phase relative à la mise en place de la prescription électronique puis du déploiement d'un système expert. Une telle démarche de mutualisation de l'information médicale devrait permettre une réduction des redondances d'analyses de l'ordre de 20%.
- lors de la réunion du 03.02.2010, le volet législatif n'a pas été abordé. La FLLAM réitère son souhait de voir évoluer dans un bref délai la loi du 16 juillet 1984 afin d'autoriser l'exploitation d'un laboratoire en personne morale.
- la FLLAM propose avant toute réforme structurelle une clarification des missions respectives de chaque secteur en matière d'activité de biologie médicale : hospitalière, extrahospitalière (privée) et LNS.  
La FLLAM propose de prendre en charge l'activité ambulatoire à l'échelle nationale tandis que le secteur hospitalier aurait pour mission de prendre en charge le patient stationnaire sur base d'une plateforme technique consolidée.

Ainsi de façon pragmatique, il y a lieu de s'interroger sur les points suivants :

1. Existe-t-il à ce jour une activité de prélèvements en dehors des hôpitaux ? Force est de constater sur le terrain que certains hôpitaux développent (sur base de quels budgets ?) des centres de prélèvements dont l'activité se superpose à celle du secteur privé. La CNS confirme que la part des analyses stationnaires (effectuées chez le patient hospitalisé) est d'environ 50% ce qui signifie que les autres 50% des analyses proviennent de l'activité ambulatoire des hôpitaux. Si le CHL, représentant un des acteurs de l'EHL à la réunion du 03.02.10, ne retrouve pas les mêmes proportions d'activité ambulatoire et stationnaire c'est certainement parce que le CHL est un des seuls hôpitaux, à notre connaissance, qui ne déploie pas de centres de prélèvements en dehors de ses locaux, son activité de laboratoire est donc majoritairement et de fait stationnaire.

2. Quelle est la définition d'une analyse de laboratoire ambulatoire ? La FLLAM suppose que "ambulatoire" signifie "en dehors de tout contexte de soins dispensés par l'établissement hospitalier". En conséquence, les analyses réalisées dans le cadre d'une dialyse par exemple, ne sont pas à considérer comme ambulatoires et auraient pour vocation de rester dans la mission du laboratoire hospitalier. Par contre, tous les actes de prélèvements réalisés par les laboratoires hospitaliers en dehors de ce contexte précis, en particulier ceux réalisés dans les centres de prélèvements en dehors des hôpitaux, ne devraient plus avoir lieu d'être afin d'éviter une concurrence intersectorielle mais de créer une complémentarité de mission entre les laboratoires privés, assurant un service de proximité aux citoyens, et les laboratoires hospitaliers, prestant des soins pour le patient stationnaire.

- Une révision de la nomenclature des actes de biologie médicale ne peut être considérée comme une piste de première intention car cette mesure conduirait de nouveau à mettre à contribution le seul secteur privé. De plus sa mise en œuvre est en étroite relation avec un effet volume lié à la reprise préalable de la totalité de l'activité ambulatoire par le secteur privé.

Enfin par la même occasion, nous sommes amenés à noter quelques remarques complémentaires d'ordre général :

- le LNS est affiché dans les membres constitutifs du GT3 Laboratoire (composé de représentants du ministère de la santé, de la CNS et de l'IGSS) et ceci dès les premiers rapports ce qui présuppose que le LNS a participé à la rédaction du premier document dès la constitution du groupe de travail à l'automne 2009. Le LNS est également impliqué en tant que prestataire de soins qui n'ont pourtant été consultés que très récemment lors de l'unique réunion du groupe de travail le 3 février dernier. Ceci peut sembler faible au regard de l'importance de la réforme envisagée.
- si un rapport final est prévu pour le 25/02/10, est-il prévu une consultation préalable des partenaires sociaux (représentations patronales et syndicales) pouvant donner lieu à de nouvelles remarques ? Dès lors, nous insistons sur une nouvelle concertation de tous les acteurs en vue de la validation finale du rapport avant sa diffusion.
- pourriez-vous apporter quelques précisions sur le déroulement du calendrier suivant la date de publication du rapport du groupe de travail en particulier face à l'échéance de la prochaine quadripartite du 24 mars 2010 ?

Dr Jean-Luc Dourson  
Président

-----