

Efficienc e des dépenses de santé en matière de biologie médicale

-

Réflexions et Propositions de la

Fédération Luxembourgeoise des Laboratoires d'Analyses Médicales (FLLAM)

Dr Jean-Luc Dourson
Président

Version 002-112009 - Novembre 2009

Abréviations

CE	: Clinique d'Eich
CHEM	: Centre Hospitalier Emile Mayrisch
CHL	: Centre Hospitalier Luxembourg
CSJ	: Clinique St Joseph (Wiltz)
CNS	: Caisse Nationale de Santé
CRP	: Centre de Recherche Public
CSL	: Clinique St Louis (Ettelbrück)
CSM	: Clinique Ste Marie (Esch)
CST	: Clinique Ste Thérèse
EHL	: Entente des Hôpitaux Luxembourgeois
FFE	: Fondation François Elisabeth
FHL	: Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois
FLLAM	: Fédération Luxembourgeoise des Laboratoires d'Analyses Médicales
GBEA	: Guide de Bonne Exécution des Analyses
HK	: Hôpital Kirchberg
HPMA	: Hôpital Prince Marie-Astride
IBBL	: International Biobank of Luxembourg
ICU-LAB	: Intensive Care Unit Laboratory
LNS	: Laboratoire National de Santé
MPI	: Master Patient Identification
NABM	: Nomenclature des actes de biologie médicale
OCDE	: Organisation de Coopération et de Développement Economique
SA	: Société Anonyme
UCM	: Union des Caisses de Maladie

Table des matières

Synthèse.....	5
Introduction.....	7
Modes de financement actuels.....	12
Evolution des dépenses de biologie médicale.....	15
Programme gouvernemental « Assurance Maladie – Maternité – Soins de santé ».....	21
Orientation conceptuelle et réflexions relatives au secteur des laboratoires d’analyses médicales	
Proposition 1 : Economie d’échelle – Plateformes nationales.....	23
Proposition 2 : Analyse de la Nomenclature.....	26
Proposition 3 : Evolution législative de la forme d’exploitation.....	28
Proposition 4 : Serveur national de données.....	29
Proposition 5 : Missions du LNS.....	31
Proposition 6 : Révision des mesures antérieures.....	33
Annexes.....	34

Synthèse

Le secteur extrahospitalier de la biologie médicale représente moins de 2.5% des dépenses de l'Assurance Maladie au Luxembourg.

La croissance de ce secteur ces dernières années est liée à l'augmentation de la **démographie des patients**, à l'augmentation de la **démographie des médecins**, à la **redondance des actes** par l'absence de diffusion nationale des données médicales et au **transfert d'activité** du secteur public vers le secteur privé.

Au lieu de complémentarité entre les activités de biologie médicale des 2 secteurs privés et hospitaliers, profitable en termes d'**économie d'échelle** et de développement de **pôles de compétences**, on constate une situation de **concurrence** accentuée par le fait que les laboratoires hospitaliers doivent justifier d'un certain volume d'activité ambulatoire (patients non hospitalisés) pour maintenir annuellement les budgets alloués par la CNS pour le fonctionnement des 6 laboratoires hospitaliers actuels. Les besoins à long terme en ressources humaines et en investissements lourds requièrent au niveau national des efforts de planification et d'utilisation des moyens.

Une véritable **stratégie** s'impose désormais pour le long terme dans le double but de spécialiser davantage les hôpitaux au regard des services offerts et dans le souci de garantir une amélioration permanente de la qualité des prestations dans un contexte de territoire de santé dépassant le cadre des frontières du Luxembourg à un moment où le **patient transfrontalier** devient une réalité. Le secteur des laboratoires n'échappe pas à cette évolution et se trouve directement concerné par une **rationalisation de l'offre** face aux **besoins à l'échelle nationale** et au niveau de la Grande Région en intégrant la notion de « **masse critique** » face aux 490.000 habitants du pays.

La note d'orientation conceptuelle de l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale (IGSS) issue de la réunion quadripartite du 7 octobre 2009 (cf. annexe) et les réflexions relatives au secteur des laboratoires d'analyses médicales, amènent la Fédération Luxembourgeoise des Laboratoires d'Analyses Médicales (FLLAM) à émettre un certain nombre de remarques et de propositions de réformes structurelles portant sur :

- La création d'une **plateforme consolidée de biologie médicale** à l'échelle nationale, accréditée ISO15189, contenant une sous-plateforme pour la prise en charge des patients hospitalisés, une sous-plateforme pour la prise en charge des patients ambulatoires non hospitalisés et une sous-plateforme de biologie spécialisée assurant également le développement de nouveaux pôles d'activités
- Une **adaptation hiérarchique des actes** inscrits à la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale sur base de la consolidation nationale proposée source de gains de productivité
- Une **évolution législative** de la loi du 16 juillet 1984 afin d'autoriser la personne morale comme forme d'exploitation des laboratoires d'analyses médicales
- Le déploiement d'un **serveur national de données médicales** intégrant la consultation des résultats d'analyses de biologie médicale du secteur privé et du secteur public et son évolution vers la prescription électronique

- Une redéfinition des **missions du Laboratoire National de Santé** orientées vers l'épidémiologie et l'hygiène médicale
- **L'abolition de la limitation du remboursement** à 12 actes par ordonnance appliquée par la CNS au seul secteur privé des laboratoires d'analyses depuis le 01/01/2005

Ces propositions s'inscrivent dans un concept de **restructuration entrepreneuriale** du secteur de la biologie médicale luxembourgeoise sans remettre en cause la **qualité des services** prestés et leur **accessibilité pour tous** les citoyens dans une **économie de marché sociale**.

Introduction

Durant les dernières décennies, la demande de soins a fortement progressé et par conséquence les dépenses de santé ont connu une croissance plus rapide que celle du PIB. Cette tendance est confirmée dans la plupart des pays industrialisés.

Le Luxembourg consacre des ressources financières importantes aux soins de santé et offre un accès pratiquement illimité à un système médical moderne. Les dépenses de l'assurance maladie avoisinent les 6% du PIB et selon une étude économique de l'OCDE, seront vraisemblablement en hausse dans les dix prochaines années pour atteindre un chiffre proche de la Suisse actuellement, soit près de 15% du PIB.

Les dépenses de santé sont souvent présentées comme une charge pesante sur l'économie, pourtant force est de constater que l'emploi dans le secteur santé a progressé jusqu'à 6 fois plus vite que l'emploi total. Les progrès des techniques médicales (biotechnologie, thérapies géniques, nanotechnologies) conduisent de plus en plus à une approche préventive et personnalisée de la médecine. En tenant compte du haut potentiel de l'approche préventive des moyens de diagnostic, les professionnels de la santé disposent d'excellents outils d'estimation de facteurs de risques engendrant directement des économies dans les soins dits curatifs. Ainsi la santé ne constitue pas systématiquement une charge mais aussi un moteur de croissance économique.

Il existe donc une **dualité de perception** entre la **vision « dépenses »** et la **vision « marché »**, dualité retrouvée également dans l'étymologie du mot « économie ». Cette double vision est applicable totalement au secteur des laboratoires d'analyses de biologie médicale et cette perception nouvelle est d'autant plus importante dans un cadre d'« **européanisation** » de la **biologie médicale** que le Luxembourg ne peut ignorer sous peine d'être écarté et satellisé.

Le laboratoire d'analyses médicales privé du secteur extrahospitalier participe à la permanence de l'offre de biologie médicale sur le territoire en assurant un service de proximité pour les citoyens. L'examen de biologie médicale est réalisé à la demande du médecin clinicien, qui communique au biologiste médical sur base d'une prescription (ordonnance médicale) les éléments cliniques pertinents.

La biologie médicale contribue dans près de 2/3 des cas au diagnostic posé par le médecin clinicien. Une première définition du laboratoire d'analyses médicales serait de dire qu'il participe à la prédiction, à la prévention, au dépistage, à la décision thérapeutique, au suivi thérapeutique et au suivi de l'état de santé du patient.

Selon cette définition plutôt « médicale », le laboratoire est souvent perçu comme un **facteur « coût »** et c'est d'ailleurs une perception historique. A ce titre, la nécessité d'une maîtrise de l'évolution de nos dépenses de santé n'est pas à mettre en doute en ayant comme fil rouge conducteur : « **soigner mieux en dépensant mieux** ».

Sur cette première base de réflexion, le premier objectif du secteur de la biologie médicale est d'évoluer vers une meilleure efficacité des dépenses afin de participer à la préservation d'un système de soins reconnu pour sa qualité et pour l'accès garanti à tous.

Un autre angle d'observation serait d'affirmer que le laboratoire est une **entreprise**. En effet, les résultats des analyses ne sont que la partie visible de la biologie médicale qui ne peut être réduite à la seule phase analytique, en d'autres termes à un simple acte technique. La qualité de l'accueil, la confidentialité, la vérification de l'identité, la qualité du transport des

échantillons, la qualité des résultats et de l'interprétation par le biologiste médical, la qualification du personnel, la formation continue, la prise en compte des dysfonctionnements, sont autant de points où le laboratoire engage sa responsabilité pour la réalisation de l'examen médical dans le respect des normes de qualité en vigueur.

Ces efforts s'inscrivent dans une démarche globale de qualité reposant sur la compétence et l'implication de toute une équipe, un matériel informatique performant et des outils informatiques innovants tout en collaborant étroitement avec les fournisseurs. Cette approche impose une recherche permanente de solutions propres et adaptées, personnalisées à l'environnement et à l'architecture du paysage biologique luxembourgeois. Cela ne peut se concevoir sans la nécessité d'**investissements permanents, humains et matériels**, afin d'améliorer constamment les **services aux citoyens**, le maintien d'une **technicité** de haut niveau en perpétuelle évolution et une **culture qualité** irréprochable.

Le laboratoire d'analyses médicales est aujourd'hui un ensemble comprenant la réalisation de l'examen médical associée au déploiement d'une offre de services adaptée aux patients et aux médecins cliniciens, outils essentiels en termes de **compétitivité**.

Sur cette seconde base de réflexion, le deuxième objectif du secteur de la biologie médicale est le développement d'une nouvelle entité économique. Dès lors une seconde définition d'un laboratoire d'analyses médicales peut être donnée, même si celle-ci peut paraître « choquante » dans un secteur santé plutôt conservateur en termes de concepts :

Un laboratoire distribue un produit (résultats) et des services à des clients (patients et médecins cliniciens) avec la satisfaction escomptée des clients intermédiaires (les administrations étatiques). Il convient immédiatement de préciser qu'il ne s'agit nullement d'une notion de marchandises. En effet, nous sommes dans un contexte de respect absolu de l'échantillon humain (lien unique avec le patient) sur base du respect tout aussi absolu des notions fondamentales d'éthiques et de déontologie. Il est plutôt question ici du modèle d'entreprise appliqué au monde du laboratoire d'analyses de biologie médicale.

La difficulté actuelle rencontrée dans le secteur de la biologie médicale provient justement de la dualité de concept impliquant pour un laboratoire de concilier la **maîtrise des budgets**, soit une approche d'**économie médicalisée** sous tutelle étatique du Ministère de la Santé, avec le fort potentiel de **développement économique** de notre secteur d'activité, soit une **approche entrepreneuriale** relevant de l'économie de marché, pour laquelle une tutelle du Ministère de l'Economie pourrait être revendiquée.

Le biologiste médical, responsable de laboratoire est placé d'emblée et de fait dans une situation de logique entrepreneuriale lui imposant un **double management** permanent pour concilier :

- le **volet économique** qui nécessite de nombreux investissements professionnels avec la gestion des risques inhérents et indivisibles. Pour mémoire, dans un laboratoire privé, cette gestion des risques est à la fois professionnelle et personnelle dès lors que la forme d'exploitation d'un laboratoire privé est restreinte à la personne physique (statut indépendant, exercice en nom personnel) sur base de la loi du 16 juillet 1984.

avec

- le **volet médical** qui impose une gestion et une maîtrise des activités de diagnostic à un haut niveau de qualité imposé par les normes ISO s'inscrivant dans une politique globale d'assurance qualité.

L'assurance est un terme qui traduit un investissement (le plus souvent à fond perdu) pour garantir un environnement protégé en cas de problème. L'**assurance qualité** applique le principe de l'assurance au développement permanent de la qualité pour garantir au patient et au médecin clinicien (les clients, selon la définition n°2 du laboratoire), une continuité dans la relation de confiance. Dans ce cadre, en plus du Guide de Bonne Exécution des Analyses (GBEA, publié au mémorial), l'accréditation garantit un niveau de qualité reconnu par le respect d'une norme internationale EN **ISO 15189**. L'accréditation est un outil pour conserver ce lien de confiance avec l'ensemble des professionnels de santé dans le cadre de coopérations et de partenariats au niveau national et transfrontalier, et favorise donc l'**ouverture européenne** des laboratoires luxembourgeois, en tant qu'opérateur de biologie médicale sur le plan de la **Grande Région** et à l'échelle européenne.

Pour être réaliste face à la complexité, au coût et à l'évolution rapide de notre secteur d'activité, il est nécessaire de considérer la notion de « **masse critique** » car il est impossible pour chaque laboratoire de réaliser l'ensemble de la gamme des analyses actuellement disponible. En d'autres termes, un volume minimum d'actes est requis pour les réaliser dans de bonnes conditions scientifiques et économiques par rapport à la population luxembourgeoise. Ainsi il apparaît indispensable que les laboratoires puissent se spécialiser à travers le développement de **pôles de compétences** qui pourraient être susceptibles d'être exportés vers les pays voisins au sein d'un **réseau paneuropéen de laboratoires partenaires**.

Les domaines de l'analyse alimentaire, de l'analyse vétérinaire, de l'histologie (analyse des tissus par opposition à l'analyse des liquides biologiques), de la médecine préventive, de la médecine du sport, de la médecine personnalisée grâce aux progrès des biotechnologies, sont autant de secteurs plaçant le laboratoire d'analyses médicales, à une époque où certains secteurs sont en crise, comme une alternative porteuse en termes de participation au développement économique du pays.

La mise en place de synergie et de partenariat avec nos homologues de la Grande Région est aujourd'hui d'actualité et peut être source de **réduction des coûts**, d'**économie d'échelle**, de **diversification d'activités** et de **création d'emplois**. Ainsi les laboratoires d'analyses médicales seraient aptes, grâce à leurs pôles de compétences, à créer un réseau de laboratoires partageant la même vision professionnelle de qualité de services et d'innovation tout en respectant l'**identité locale propre** au Luxembourg.

La diffusion de l'offre de soins au-delà des frontières représente non seulement un défi pour notre système de soins actuel mais doit être considérée comme une opportunité pour le Luxembourg.

La double ambition des laboratoires privés du secteur extrahospitalier est

1. de maintenir l'expertise biologique via une approche pluridisciplinaire et des compétences reconnues sur le plan national à travers un service de proximité permettant de conserver le lien de confiance avec l'ensemble des professionnels de santé et des patients du Luxembourg
2. tout en devenant un opérateur de biologie sur le plan de la Grande Région et au niveau européen.

Aujourd'hui, il manque l'**outil juridique** adapté pour réaliser ces projets de développements et une évolution rapide de la loi du 16 juillet 1984 s'impose afin de permettre l'exploitation

en **personne morale** d'un laboratoire d'analyses médicales pour lui donner la reconnaissance juridique du statut d'entreprise.

Sur base des 2 visions (dépense et économie de marché), des 2 définitions (médicale et entrepreneuriale) et des 2 objectifs (efficacité des dépenses et développement économique) précédemment décrits, il y a lieu de suivre aujourd'hui une politique de **réforme structurelle** dite « P5 » pour l'ensemble du secteur de la biologie médicale luxembourgeoise, tant public que privé, orientée vers :

- le **Patient (P1)** et le **médecin** : proximité de prise en charge ambulatoire, diffusion de l'information médicale, formation continue médicale...
- le **Personnel (P2)** : cours de langues, ergonomie des postes de travail, hygiène et sécurité, formation continue, évaluation interne...
- la **Performance (P3)** : monitoring des activités en temps réel, audit de flux, quality control, développement transfrontalier, diversification d'activité, évolution législative...
- les **Processus (P4)** : outils de validation assistée, outils de géo localisation, outils de surveillance des températures, outils de gestion de stock et de commandes, outils de management social, outils de gestion documentaire, robotisation analytique, réduction des délais...
- la « **Profitability** » (P5) : anglicisme traduisant la rationalisation des coûts face aux besoins. Elle intègre les notions de comptabilité analytique, de bilans prévisionnels, d'analyse de productivité de la nomenclature des actes...

Sur base d'un ensemble d'outils liant :

- une approche de **consolidation** : maîtrise standardisée des processus analytiques et de la polyvalence des compétences humaines...
- une approche d'**efficacité** : adéquation des ressources, des besoins et des budgets dans le cadre d'une responsabilité sociale des entreprises...
- une approche d'**offre de services** : outils de compétitivité...
- une approche de **qualité** : sécurité, hygiène, précision, exactitude, fiabilité...
- une approche d'**innovation** : solutions de connectivité et échange de l'information médicale, diversification d'activités, recherche et développement, création de nouveaux marqueurs en coopération avec le secteur public et le secteur privé au niveau national et international...

La question n'est pas tant : « faut-il faire une réforme mais quelles seraient les conséquences de ne pas en faire une ? »

Malgré les diverses mesures prises à ce jour, la croissance des dépenses s'est poursuivie et une **réflexion globale en matière d'efficacité et d'efficacite** s'impose pour préserver la durabilité globale du financement du système de soins.

La difficulté réside dans le fait que la sécurité sociale et la santé publique touchent à la fois à la planification et au financement des systèmes d'assurance maladie d'une part ainsi qu'aux libertés économiques des patients et des prestataires de soins ainsi que de leur prise en charge financière d'autre part.

L'opposition à une participation plus active des fournisseurs de soins privés, si tant est qu'elle existe, irait à contre-courant de la tendance observée dans la quasi-totalité des pays développés et constitue un frein important à l'amélioration de notre propre système de santé. Plusieurs pays, aux prises avec les mêmes défis que les nôtres en ce qui concerne la santé, ont entrepris des réformes afin d'améliorer l'efficacité et la productivité de leur système de santé en décentralisant la gestion, en faisant appel au secteur privé pour la prestation de soins. Contrairement aux idées reçues, ces réformes n'ont constitué en rien une menace aux objectifs d'universalité et d'accessibilité des soins ni de diminution de la qualité globale de la prestation dès lors que celle-ci est encadrée par des normes internationales propres à la profession telles l'EN ISO 15189 pour le secteur des laboratoires d'analyses médicales.

L'expérience montre qu'un système de soins de santé, en particulier de soins hospitaliers, peut être d'accès public et universel sans pour autant que ces soins soient quasi exclusivement rendus et assurés par des organismes et établissements du secteur public.

Les prestations à la charge de l'assurance maladie doivent être efficaces, appropriées et économiques. Il importe de se concentrer sur les objectifs et la mesure des résultats atteints et non pas seulement sur le décompte des moyens mis en œuvre. A ce titre, il serait particulièrement avantageux d'encourager la Caisse Nationale de Santé (CNS) à jouer un rôle d'acheteur de services « avisé » auprès des prestataires nationaux plutôt que de simple financeur d'un système de soins. Elle devrait ainsi avoir plus fréquemment recours à des analyses coût-efficacité des services assurés afin de déterminer des indicateurs d'efficience dans un cadre où la qualité globale du système de soins n'est pas affectée.

Il y n'a pas lieu d'aller vers des mesures qui s'avèrent trop sévères et contraignantes, comme cela a été le cas dans le passé, empêchant une réorganisation progressive de la profession pourtant nécessaire dans l'intérêt du patient. L'efficience des dépenses, nécessité économique et éthique, doit être facilitée par la réorganisation des laboratoires d'analyses médicales tant dans le domaine privé que public.

Les réflexions présentées par la Fédération Luxembourgeoise des Laboratoires d'Analyses Médicales (FLLAM) dans ce document se veulent pragmatiques en faisant abstraction de tout contexte idéologique et dogmatique.

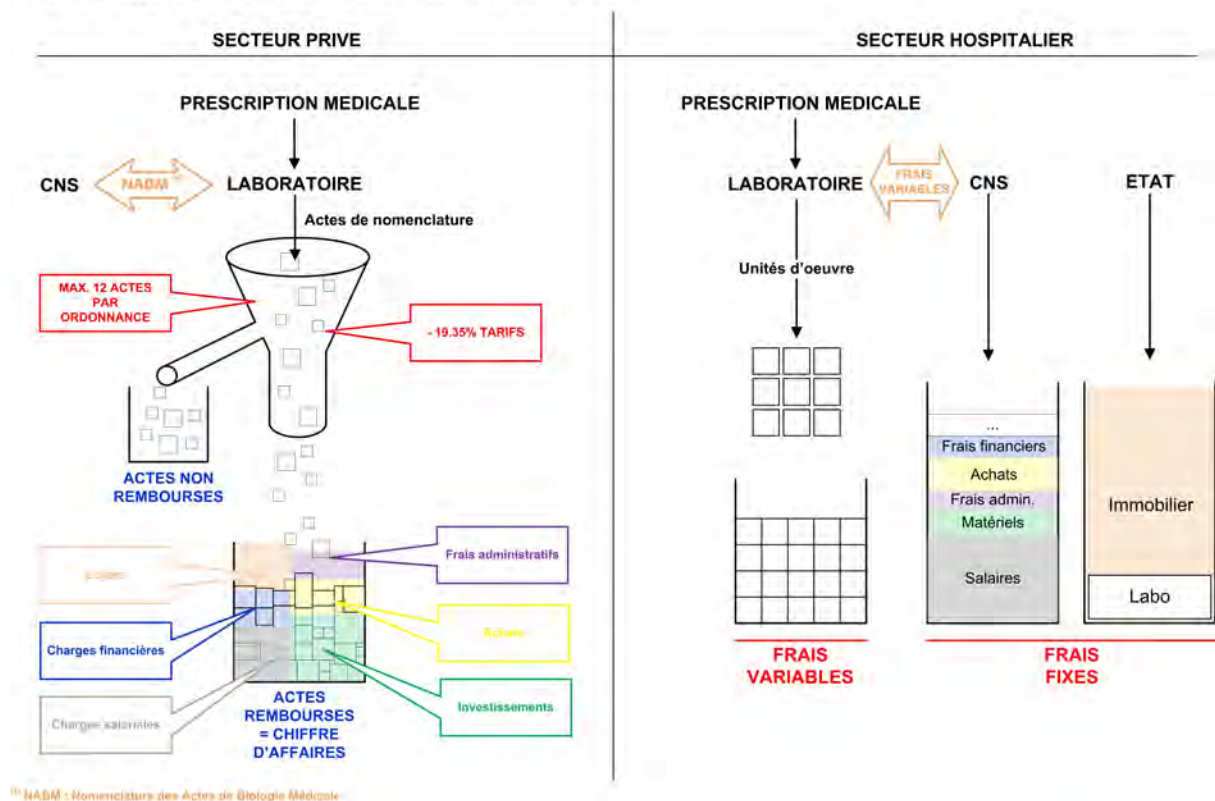
Mode de financement actuel des laboratoires d'analyses médicales

La Caisse Nationale de Santé (CNS ex-UCM) conclut des conventions avec les différents groupements professionnels afin de régler les rapports entre l'assurance maladie et les prestataires de soins exerçant légalement leur profession au Luxembourg. Ces conventions s'appliquent obligatoirement à l'ensemble des prestataires dans leurs relations avec les personnes couvertes par l'assurance maladie.

Pour le secteur des laboratoires d'analyses médicales, le financement s'effectue sur base du principe du tiers-payant dans lequel la CNS procède au remboursement de la valeur des prestations réalisées directement au laboratoire. Ainsi, le patient n'a pas à faire l'avance des frais qui sont couverts à 100% par la couverture sociale de l'assurance maladie.

Il existe toutefois depuis 1993, une différence dans le mode de financement entre le secteur hospitalier et le secteur privé extrahospitalier.

Figure1. Modes de financement de la biologie médicale au Luxembourg



Secteur extrahospitalier

Du point de vue du financement, ce secteur concerne les trois laboratoires privés (Laboratoire Ketterthill, Laboratoires Réunis, Laboratoire Forges du Sud), le Laboratoire National de Santé (LNS), le laboratoire d'analyses médicales de la Croix-Rouge et le laboratoire du Centre Thermal de Mondorf.

La convention avec la CNS s'exerce sur base d'une nomenclature des actes (ou analyses) déterminée par le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, sur avis de la Commission de nomenclature, définissant une cotation indiciaire de ces actes (coefficient) dont la valeur en euros est déterminée par une lettre-clé qui transpose les prix relatifs en unités monétaires. Cette lettre-clé est la seule dans les professions médicales au Luxembourg à ne pas être indexée sur l'indice du coût de la vie.

Selon le Code des Assurances Sociales (Article 67), la lettre-clé peut être négociée par les prestataires de soins tous les 2 ans sur base de la variation moyenne annuelle de l'indice du coût de la vie entre la quatrième et la deuxième année précédent l'exercice en cause. Ainsi pour 2010, la période de référence retenue est celle des années 2006 à 2008 faisant apparaître une revalorisation possible de +4.42% (cf. courrier CNS en annexe). Cette revalorisation n'a pas été appliquée par la CNS et aucune négociation n'a eu lieu. Les charges d'exploitation, salaires, loyers, achats entre autres, ont pourtant bien été indexées durant cette même période.

Suite à une décision ministérielle par dérogation au Code des Assurances Sociales, la valeur de la lettre-clé a été fixée par la loi budgétaire à 0.3557 depuis le 1/1/2009 représentant une baisse de -19.35% par rapport à l'année 2008. La fixation de la lettre-clé dans la loi budgétaire a été reconduite dans le projet de loi budgétaire du Gouvernement pour l'année 2010 empêchant toute négociation sur base des procédures du Code des Assurances Sociales.

Il est à noter par ailleurs que la CNS applique depuis le 01/01/2005 une limitation de la prise en charge du remboursement des actes des laboratoires extrahospitaliers d'analyses médicales à 12 analyses par ordonnance.

Le remboursement des actes prestés génère une capacité d'autofinancement sans aide étatique permettant, à condition d'avoir une gestion économique saine, de couvrir les frais de fonctionnement (achats matériels et réactifs, charges salariales, loyers, charges financières etc...) et de réaliser les investissements, les reprises d'activité, les développements et les projets d'innovation afin d'améliorer les services proposés aux citoyens. Il s'agit d'un fonctionnement sur base d'un modèle d'entreprise.

Secteur hospitalier

Les laboratoires hospitaliers sont soumis à une gestion sous forme d'enveloppe budgétaire annuelle allouée à la CNS par l'Etat et décomposée en frais fixes et frais variables.

Les frais fixes comprennent principalement la couverture des investissements matériels, des locaux, de la charge salariale du personnel (biologistes médicaux et équipes techniques) et de tous les frais de fonctionnements courants (énergie, bâtiments, services au personnel etc...). Les frais fixes globaux pour les différents hôpitaux sont publiés dans les rapports annuels d'activité de l'assurance maladie par la CNS mais en l'absence de comptabilité analytique les frais fixes propres à l'activité des laboratoires hospitaliers ne sont pas accessibles.

Toutefois quelques chiffres sont disponibles et à défaut d'être à jour, ils témoignent des proportions relatives. Ainsi la masse salariale en laboratoire hospitalier représentait 57.4% du budget alloué en 2005 pour 197 Equivalents Temps Plein (avec 91 laborantins et 77 ATM). Le coût salarial moyen annuel brut est de 89.977 euros sur base de la convention collective de l'EHL.

Les frais variables couvrent les achats en réactifs et consommables pour la réalisation des analyses. Les frais variables applicables aux laboratoires hospitaliers sont publiés dans les rapports annuels d'activité de l'assurance maladie par la CNS car ils sont liés à la comptabilisation des actes opposables par les laboratoires sous forme d'unités d'œuvre.

Le secteur hospitalier des laboratoires d'analyses médicales bénéficie donc d'une couverture totale de ses frais de fonctionnement sous forme de budgets non limitatifs (cf. Figure 1) en provenance de la CNS d'une part et de l'Etat d'autre part pour ce qui concerne les investissements en immeubles (Fond spécial d'investissements hospitaliers). Le système de budgétisation des frais hospitaliers actuellement en vigueur empêche toute analyse de coût-efficacité nécessaire à l'évaluation de l'efficacité économique des soins hospitaliers.

Etat des lieux

Le conventionnement obligatoire, en fixant les prix des prestataires de soins sur le territoire, permet d'éviter des déséquilibres sociaux dans la prise en charge de tous les patients voir des surcapacités dans l'offre de prestation médicale.

Le fait qu'il existe différents modes de financement entre les 2 secteurs, hospitaliers et extrahospitaliers, tend à créer une différence dans la prise en charge du patient. La limitation du remboursement à 12 actes par ordonnance pour le seul secteur privé devrait conduire ces laboratoires à facturer au patient le dépassement d'honoraires pour les ordonnances comportant plus de 12 analyses. Une telle évolution, au-delà du fait qu'elle soit contraire aux objectifs mêmes du conventionnement obligatoire, crée une situation de discrimination face au secteur hospitalier où la limitation à 12 actes par ordonnance n'est pas appliquée et ne peut s'appliquer en pratique de par le fonctionnement budgétaire des hôpitaux qui ne disposent pas de cotation à l'acte mais des subsides étatiques pour l'ensemble de leurs frais : investissements, personnel, matériel, réactifs, locaux, etc...

Le recouvrement des missions entre le secteur hospitalier et le secteur extrahospitalier des laboratoires d'analyses médicales pour les patients ambulatoires non hospitalisés conduit à créer par ailleurs une surcapacité technique en termes d'équipements inutiles face au volume de la population à prendre en charge. L'entretien et le renouvellement de ces équipements en secteur hospitalier représentent des investissements supportés par la CNS.

Evolution des dépenses de biologie médicale

Les laboratoires extrahospitaliers représentent en moyenne moins de 2.5% du budget global de l'assurance maladie.

Années	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 ⁽¹⁾
PIB (M€)	30778	32163	33932	36410	36660	35370	36290
% Evolution	4.5	4.5	5.5	7.3	0.7	-3.5	2.6
Population (sources Statec)	455000	461200	469100	476200	483800	493500	501400
% Evolution personne protégée	2.5	2.5	2.7	3.2	-	-	-
% Evolution nombre de médecin	4.0	1.7	13.8	6.1	-	-	-
Dépenses Assurance Maladie (M€)	-	1838.9	1842.6	2014.8	2120.3	1924.7	1965.2
% PIB	-	-	-	5.5	5.8	5.4	5.4
Laboratoires Extrahospitaliers (M€)	38.2	32.0	36.4	39.2	44.2	39.8	43.8
% Evolution	18.1	-16.3	13.9	7.8	12.6	-10.0	10
% Dépenses totales Assurance Maladie	2.5	1.7	1.9	1.9	2.1	2.1	2.2
Coût par habitant et par an (€)						80.6	
Nombre d'actes moyens par ordonnance				10.3	10.4	10.8	
Indice à la consommation %	2.08	2.5	2.07	2.29	2.08	2.50	2.04
Frais fixes hospitaliers (M€)	-	417.3	458.0	458.2	-	-	-
Frais variables hospitaliers (M€)	-	113.2	118.3	129.2	-	-	-
% Evolution	-	-	8.6	6.2	-	-	-
Frais administratifs CNS (M€)	50.8	53.9	56.1	58.9	63.9	69.3	72.0
% Evolution	3.0	6.1	4.1	5.0	8.4	8.4	3.8

⁽¹⁾ estimation CNS

Le taux moyen de croissance annuelle des laboratoires extrahospitaliers s'élève à 15% pour la période 2004-2010 ce qui est sensiblement proche de l'évolution de l'indice du coût de la vie qui pour cette même période représente 13% de croissance. A noter que les frais de fonctionnement de la CNS ont progressé de près de 39% pendant cette même période de référence.

Selon les rapports d'activités de la CNS, la progression du nombre de patients (personne protégée) est en moyenne de +2.5% par an entre 2004 et 2008 et la progression moyenne annuelle du nombre de médecins (elle-même liée à la croissance du nombre d'ordonnances) est pour cette période proche de +6%. Le nombre moyen d'actes par ordonnance reste stable aux environs de 10 entre 2007 et 2009.

Le coût annuel par habitant (personne résidente) pour les dépenses de biologie médicale du secteur extrahospitalier est au Luxembourg de 80 euros en 2009.

A titre de comparaison, il est de 56 euros par an et par habitants en Belgique (10.590.000 habitants pour un coût de la biologie médicale ambulatoire de 594 Millions d'euros) mais de 129 euros en Suisse, pays où les dépenses de santé sont proches de 15% du PIB.

Moins que par des facteurs économiques, ceci s'explique par l'attitude des citoyens, ceux des sociétés prospères étant davantage disposés à accepter qu'une fraction relativement importante du revenu soit redistribuée en vue de couvrir les risques sociaux.

Globalement pour la période 2004 à 2010, la croissance des laboratoires extrahospitaliers s'explique par la combinaison de différents paramètres :

- augmentation de la démographie des personnes protégées avec un shift vers une tranche d'âge plus élevée du fait du vieillissement de la population : glissement du poids du groupe d'âge 20-39 ans vers le groupe d'âge 40-59 ans. Cette tranche d'âge génère des coûts de santé plus importants liés à une mauvaise hygiène de vie et une explosion de l'obésité associée aux risques collatéraux (maladies cardiovasculaires et diabète)
- augmentation du nombre d'ordonnances liée au point précédent et à l'augmentation de la démographie des médecins
- redondance des prescriptions dans le secteur privé et hospitalier du fait de l'absence de diffusion nationale de l'information médicale. Cette redondance a été chiffrée pour les laboratoires hospitaliers à près de 20% de « surconsommation » dans le rapport d'audit Schellen & Partner en 2008
- transfert d'activité du secteur public hospitalier vers le secteur privé lié au libre choix du prestataire par le patient

Ce dernier point est essentiel et très certainement fortement sous évalué dans les rapports d'activités de la CNS du fait du mode de facturation des unités d'œuvre hospitalières. Il entraîne de fait un double coût pour la CNS qui supporte à la fois la progression du coût du secteur extrahospitalier tout en maintenant à la même hauteur la couverture des frais fixes et variables des laboratoires hospitaliers ayant pourtant moins d'activité du fait du transfert des patients vers le secteur privé.

Ce transfert est naturel dès lors que les patients disposent d'une totale liberté dans le choix du prestataire de soins. Ils sont donc portés à délaisser les établissements qui offrent des services moins adaptés à leurs besoins et à se tourner vers ceux qui rendent les services les plus compétitifs.

A titre d'illustration, l'offre des laboratoires privés en termes d'étendue territoriale de proximité via les centres de prélèvements, peut expliquer en partie le transfert constaté mais ne favorise en aucune manière la réalisation de nouveaux actes. En effet, l'activité d'un laboratoire est liée à la réception d'un ordre de mission sous la forme d'une ordonnance de prescription médicale dont le volume n'est nullement lié à une présence de proximité étendue. Ainsi l'adage qui tend à dire « l'offre crée la demande » ne s'applique pas dans le cas de ce secteur d'activité du fait de l'existence d'un donneur d'ordre intermédiaire indépendant qui est le médecin clinicien prescripteur.

Pour le secteur hospitalier, représentant un poids financier prédominant pour la CNS, il y a lieu de constater une méconnaissance des éléments pertinents de ses propres coûts de production. Seuls sont connus les chiffres des frais variables des laboratoires hospitaliers tandis que ceux relatifs aux frais fixes sont englobés dans le volume global de ces frais pour les hôpitaux. Sauf à procéder à une comptabilisation analytique des postes de frais que les règles de fixation des budgets et les formes de responsabilisation n'incitent pas à déployer, il n'est pas possible à ce jour d'établir une comparaison avec le secteur extrahospitalier en ce qui concerne le coût de revient réel des actes réalisés.

Un constat chiffré n'a de sens que lorsqu'on peut commencer à l'expliquer, ne serait-ce que pour s'assurer qu'il ne résulte pas d'un artefact ou d'une erreur de méthode. Toutefois, une projection sur base de données estimatives montre un coût global nettement supérieur en secteur hospitalier (en particulier lié aux frais fixes) de sorte qu'une externalisation vers le secteur libéral est une évidence d'ordre économique.

L'activité en secteur hospitalier est divisée entre la prise en charge des patients ambulatoires et celle des patients hospitalisés. Le tableau ci-dessous fait apparaître que les patients hospitalisés ne représentent que 24.8% de l'activité totale de biologie médicale du pays. Ceci n'est pas surprenant compte tenu du fait que cette activité est directement liée au nombre de lits disponibles traduisant la capacité de prise en charge des patients hospitalisés.

Même si ces chiffres datent de 2005, ces derniers n'ont pas été profondément modifiés en ce qui concerne la capacité du pays en nombre de lits et sur l'ensemble du secteur hospitalier ce nombre est d'environ 2400 lits soit la taille d'un Centre Hospitalier Universitaire moyen, approximativement celle du CHU de Strasbourg qui ne comporte qu'un seul plateau technique en matière de laboratoire d'analyses médicales.

Cette constatation signifie aussi que le maintien actuel des 6 laboratoires hospitaliers du pays est étroitement lié à leur activité de biologie médicale ambulatoire ne nécessitant pas de permanence 24H/24 et 7J/7. L'entretien et le renouvellement des équipements relatifs à ces 6 laboratoires sont des charges directes supportées par la CNS (via les frais fixes) tandis que le secteur privé extrahospitalier, autofinancé par sa gestion autonome, dispose d'équipements aptes à traiter l'ensemble de l'activité ambulatoire à l'échelle nationale.

Au lieu de complémentarité entre les activités de biologie médicale des 2 secteurs privés et hospitaliers, profitable en termes d'économie d'échelle et de développement de pôles de compétences, on constate une situation de concurrence accentuée par le fait que les laboratoires hospitaliers doivent justifier d'un certain volume d'activité ambulatoire pour maintenir annuellement les budgets alloués par la CNS. Cela traduit une reconnaissance implicite d'un problème de besoins par rapport à une masse critique non atteinte pour une population d'environ 490.000 habitants.

	2005	%
Nombre d'actes totaux patients ambulatoires et hospitalisés	10.529.208	100
Nombre d'actes totaux patients ambulatoires	7917430	75.2
Laboratoires extrahospitaliers		
Nombre d'actes totaux patients ambulatoires	3.158.062	29.9
% de l'activité ambulatoire globale	39.8	
Laboratoires hospitaliers		
Nombre d'actes totaux patients ambulatoires	4.759.368	45.2
% de l'activité ambulatoire globale	60.1	
Nombre d'actes totaux patients hospitalisés	2.611.778	24.8
Nombre d'actes totaux patients ambulatoires et hospitalisés	7.371.146	70.1

Pour progresser à la vitesse voulue par le législateur et pour que puissent se mettre en place des formes de responsabilisation plus efficaces, il y a lieu d'effectuer, plus rapidement encore, d'importants progrès dans la connaissance des coûts respectifs.

La FLLAM a récemment introduit une demande auprès de la CNS pour connaître le relevé détaillé des activités actuelles des différents secteurs. Sachant que notre volume de chiffre d'affaires est parfaitement connu de tous car lié directement aux remboursements de la CNS sur base de la nomenclature, il est légitime d'analyser également les coûts supportés par la CNS pour les frais fixes et variables des laboratoires hospitaliers. La CNS a refusé de communiquer ces chiffres sous prétexte que nos activités sont concurrentes de celle des laboratoires hospitaliers (cf. courrier en annexe).

En l'absence de données actualisées sur l'activité des laboratoires hospitaliers, il est difficile d'évaluer les parts de marché respective des 2 secteurs en ce qui concerne la prise en charge des patients ambulatoires mais compte tenu du transfert naturel d'activité du secteur public vers le secteur privé, il semble que le nombre d'actes totaux des patients ambulatoires tend à devenir majoritaire dans le secteur extrahospitalier contribuant ainsi à la croissance observée dans ce secteur.

En réaction, l'Union des Caisses de Maladie (UCM) a introduit par le passé plusieurs tentatives de freinage unilatéral du secteur de la biologie médicale touchant spécifiquement l'activité des laboratoires privés extrahospitaliers : baisse de la lettre-clé (2002 et 2008), limitation du remboursement des laboratoires à 12 analyses par ordonnance (depuis 2005), absence d'indexation et de revalorisation de la lettre-clé.

Pourtant force est de constater que des efforts significatifs et des marges de manœuvre subsistent en ce qui concerne la rationalisation des services et des actes médicaux en particulier au sein des hôpitaux. Les frais hospitaliers représentent près de la moitié des dépenses de l'assurance maladie au Luxembourg. Les hôpitaux occupent donc le premier rang en tant que prestataire. Leurs besoins à long terme en ressources humaines et en investissements lourds ainsi que leur organisation complexe requièrent au niveau national des efforts de planification et d'utilisation des moyens.

Une véritable stratégie s'impose désormais dans le double but de spécialiser davantage les hôpitaux au regard des services offerts et dans le souci de garantir une amélioration permanente de la qualité des prestations dans un contexte de territoire de santé dépassant le cadre des frontières du Luxembourg à un moment où le patient transfrontalier devient une réalité. Le secteur des laboratoires n'échappe pas à cette évolution et se trouve directement concerné par une rationalisation de l'offre face aux besoins à l'échelle nationale et au niveau de la Grande Région.

Du point de vue conceptuel, un hôpital est représenté aujourd'hui par l'association de 3 pôles : le pôle médical, le pôle services et prestations, le pôle hôtelier. La personne protégée y est classiquement représentée comme un patient. Toutefois en termes de compétitivité au niveau national mais aussi au niveau transfrontalier, la personne protégée peut être vue sous un angle « patient » mais également sous un angle « client ». Dès lors les pôles précédemment cités peuvent évoluer de manière autonome mais synergique afin d'offrir les meilleurs services par rapport aux besoins exprimés par le patient/client dans un contexte de concurrence européenne qui ne tardera pas à s'exprimer au Luxembourg (cf. Figure 2).

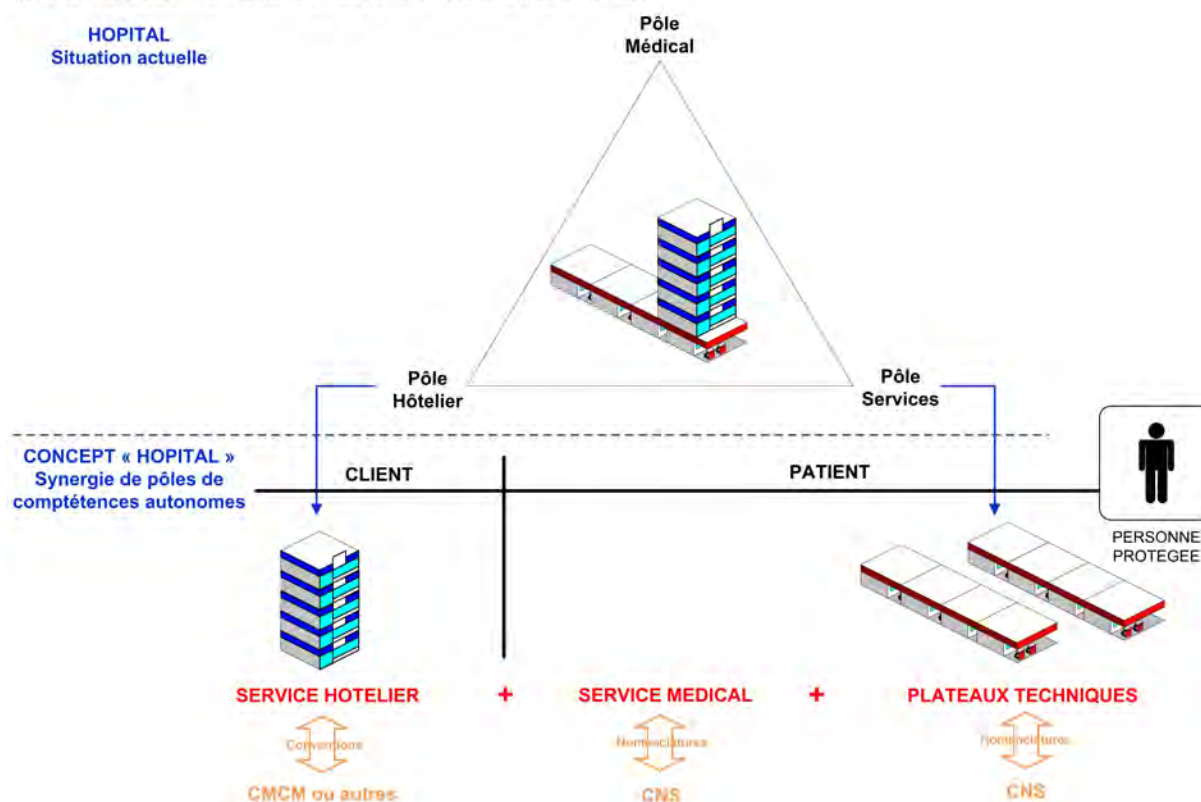
- Le service médical est un pôle d'excellence capable d'attirer des compétences étrangères
- Les prestations de services sont externalisées vers des acteurs présentant l'efficacité la plus adaptée

- Le service hôtelier est développé pour en faire un outil de compétitivité orientée vers le confort du patient devenu client

Dans son avis du 31.10.2001, le Conseil Economique et Social (CES) écrivait :

« Concernant le financement du secteur hospitalier, le CES demande de fixer des objectifs conformes aux besoins de notre pays et de ses habitants. Il s'agit plus particulièrement de limiter le nombre de services spécialisés pouvant être dotés d'équipements très sophistiqués qui restent ensuite sous-utilisés. Les besoins de localisations paraissent secondaires à côté de ceux des patients qui doivent être au centre de toutes les préoccupations. Des synergies entre les différents hôpitaux tant à l'intérieur du pays qu'avec ceux de la Grande Région sont à envisager et la politique de l'offre de l'entière panoplie de la médecine dans chaque hôpital devrait être revue. »

Figure 2. Modélisation conceptuelle de la structure hospitalière au Luxembourg



Cet avis est non seulement toujours pertinent à ce jour et s'applique totalement au secteur des laboratoires d'analyses médicales.

Compte tenu de l'évolution des infrastructures technologiques, l'extension des services ambulatoires occupera à l'avenir une place de plus en plus importante. Il s'ensuit qu'une planification centrale dans le but d'éviter des surcapacités, des déséquilibres dans l'offre et des gaspillages logistiques, est de rigueur dans un souci d'équilibre financier du système de sécurité sociale.

Dès lors, dans le cadre d'une nouvelle planification hospitalière et du maintien d'un service accessible à tous, sûr et performant, il s'agira d'analyser quels domaines pourraient le cas échéant être considérés comme des prestations et des services non hospitaliers. Ainsi, en Suisse, tout comme en France, la tendance évolue vers l'entrée dans les hôpitaux des laboratoires du secteur privé en tant que prestataire de services externes.

Programme gouvernemental « Assurance Maladie – Maternité – Soins de santé »

La note d'orientation conceptuelle de l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale (IGSS) issue de la réunion quadripartite du 7 octobre 2009 (cf. annexe) et les réflexions relatives au secteur des laboratoires d'analyses médicales, amènent la Fédération Luxembourgeoise des Laboratoires d'Analyses Médicales (FLLAM) à émettre un certain nombre de remarques et de propositions de réformes structurelles.

A ce titre la FLLAM demande au Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale a être intégrée dans les groupes de travail thématiques respectifs évoqués en annexe 3 de la note d'orientation conceptuelle définissant le calendrier prévisionnel du projet de réforme de l'assurance maladie. En effet, il apparaît légitime au regard de l'importance d'une telle réforme que les organismes représentatifs des prestataires de soins soient directement impliqués dans les réflexions afin de débattre des différentes pistes sans exclure a priori une quelconque voie d'orientation.

Un système de santé est constitué entre autres de prestataires de soins qualifiés, bénéficiant d'une formation initiale et continue de haut niveau travaillant dans des conditions qui tiennent compte des exigences et responsabilités inhérentes à leur fonction.

Le système de santé luxembourgeois a fait l'objet d'une multitude d'études et d'analyses, ordonnancées par l'autorité publique, la CNS ou par des partenaires de soins eux-mêmes, qui ont abouti à des résultats parfois contradictoires.

L'audit des laboratoires hospitaliers mandaté par l'EHL en 2008 et effectué par le Cabinet Schellen & Partner de Düsseldorf, rapport d'audit aussi critiquable soit-il pour recommander nominativement certains fournisseurs tels que Roche et Sysmex, fait toutefois apparaître :

- au niveau technique : une forte hétérogénéité des équipements qui sont redondants et parfois vétustes, de différentes générations avec une absence de masse critique pour assurer une rentabilisation optimale. A cela s'ajoute l'absence de gestion pré-analytique des échantillons et une politique d'achat des équipements sur base d'un financement exclusif par les frais fixes du budget de la CNS
- au niveau informatique : une forte hétérogénéité des systèmes, des fonctionnalités absentes, des maintenances lourdes et des frais directs et indirects significatifs
- au niveau des infrastructures : une situation satisfaisante mais souffrant d'un problème d'optimisation

Ce même rapport d'audit fait état de 3 modèles d'orientation en vue d'une restructuration du secteur des laboratoires hospitaliers :

- outsourcing total : seuls les paramètres d'urgence sont maintenus sur site tandis que les autres analyses sont traitées par un plateau technique central
- outsourcing partiel : l'externalisation ne concerne que les analyses rares et celles sans délai critique de réalisation (20% des demandes nécessitent 80% des ressources techniques et des méthodes). Dans ce schéma « 80/20 », 80% des demandes seraient traitées sur site avec 20% des méthodes existantes. Dans ce schéma, le cabinet d'audit

recommande également de créer un réseau de laboratoires hospitaliers pour concurrencer le secteur privé.

- insourcing : automatisation de toutes les plateformes existantes afin de réduire les coûts de production

L'outsourcing partiel continue d'entretenir un schéma de concurrence entre les 2 secteurs sur l'activité de prise en charge du patient ambulatoire et n'encourage nullement à la complémentarité des moyens et des ressources.

L'insourcing conduit certes à réduire les coûts de fonctionnement au niveau technique mais nécessite des investissements multiples et redondants financés par la CNS dans un marché qui reste lié à un recouvrement des missions entre le secteur privé et le secteur public.

Dans son avis en 2001, le Conseil Economique et Social (CES) s'exprimait déjà sur la possible séparation entre les missions de l'Etat et leur exécution par voie contractuelle « qui procède à la séparation entre le mandant (Pouvoirs publics et Collectivités locales) et le mandataire (Prestataires de services privés, publics ou mixtes) » tout en insistant sur le fait que ces missions devraient être confiées aux opérateurs qui sont le mieux à même de fournir les services selon des critères de qualité prédéterminés.

Faire ou faire faire ?

Seul l'outsourcing total représente une véritable piste de rationalisation du paysage biologique luxembourgeois où, encore une fois, la notion de masse critique doit rester un axe de réflexion majoritaire. Il permet d'augmenter l'efficacité et l'efficience du système et des moyens disponibles sans mettre en cause la qualité des services prestés et leur accessibilité pour tous les citoyens dans une économie de marché sociale.

Pourtant il est étonnant de constater que le dernier rapport quadripartite fait apparaître qu'« après d'intenses phases de discussion et de concertation entre les établissements hospitaliers, il a été retenu qu'il n'était pas possible d'arriver à une solution commune pour tous les hôpitaux en termes de développement d'un centre logistique commun comprenant entre autres le regroupement d'une plateforme technique commune pour les laboratoires hospitaliers. »

Une bonne partie des propositions qui suivent ont déjà fait l'objet d'une déclaration d'intention dès 2006 par les représentants des laboratoires du secteur privé (cf. courrier en annexe) mais aucune suite n'a été donnée par l'administration étatique aux différents points soulevés. La FLLAM souhaite revenir sur ces éléments et y apporter des précisions afin d'intégrer ses réflexions conceptuelles dans celles qui seront développées dans les groupes de travail thématiques du programme gouvernemental « Assurance Maladie – Maternité – Soins de santé ».

FLLAM Proposition 1 : Economie d'échelle par la mise en place de laboratoires d'analyses médicales sous la forme de plateaux techniques nationaux pour la prise en charge des patients hospitalisés d'une part et des patients ambulatoires d'autre part (cf. Figure 3).

La FLLAM propose le déploiement de 3 plateaux techniques nationaux ayant une mission complémentaire :

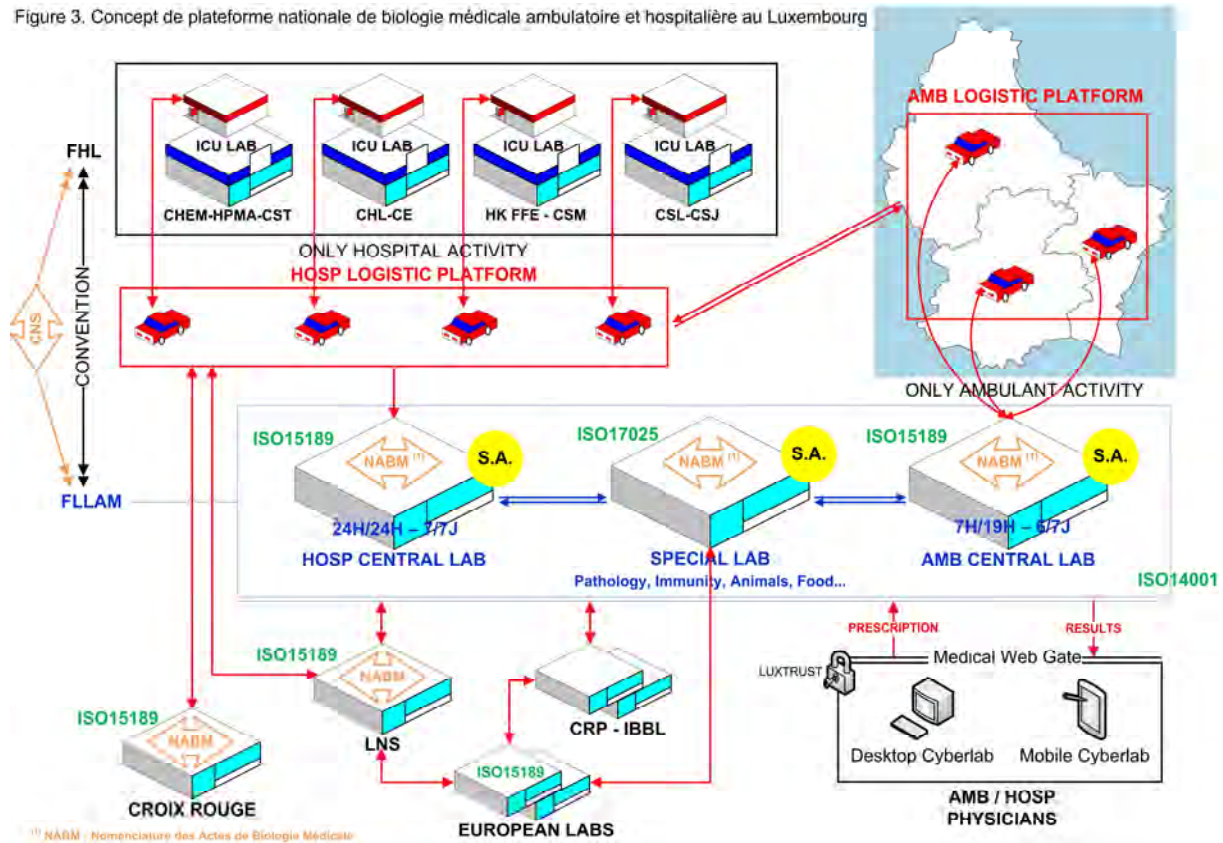
- plateau technique pour la réalisation des analyses des patients hospitalisés : plateau ouvert 24H/24 et 7J/7 assurant l'ensemble des analyses pour les différents établissements hospitaliers du pays. Le maintien sur site d'un ICU LAB (Intensive Care Unit Lab) de taille réduite pour les seuls besoins du bloc opératoire et des services de soins intensifs permettrait d'assurer les urgences médicales propres à ces unités de soins dans des conditions optimales de délais de rendu des résultats en s'affranchissant du facteur logistique.
Ce plateau serait accrédité EN ISO 15189 par l'Office Luxembourgeois d'Accréditation et de Surveillance (OLAS) du Ministère de l'Economie et exploité sous la forme d'une entité juridique basée sur la personne morale afin de permettre la gestion par un conseil d'administration pluridisciplinaire.
- plateau technique pour la réalisation des analyses des patients ambulatoires : plateau ouvert de 7H à 19H du lundi au samedi assurant l'ensemble des analyses pour les patients non hospitalisés à travers l'accueil du patient dans un réseau national de centres de prélèvement offrant une proximité de prise en charge des citoyens.
Au même titre que le précédent, ce plateau serait accrédité EN ISO 15189 par OLAS et exploité selon la même forme juridique.
- plateau technique pour la réalisation des analyses spécialisées dans le domaine de la biologie médicale et dans les secteurs connexes : biologie moléculaire, immunopathologie, anatomo-pathologie et histologie, médecine du sport, médecine animale, hygiène médicale, contrôles bactériologiques alimentaires, contrôles sanitaires...
Ce plateau serait accrédité EN ISO 15189 et EN ISO 17025 en fonction des disciplines concernées et exploité sur base de la même entité juridique. En collaboration avec les laboratoires homologues de la Grande Région et à l'échelle européenne, un tel plateau serait source de diversification d'activités et de créations d'emplois et donc un moteur de développement économique pour le Luxembourg.

La notion d'accréditation des différents plateaux est essentielle dans une Europe de la Biologie Médicale où l'accréditation sera le niveau de qualité reconnu pour assurer une continuité dans la relation de confiance entre les professionnels concernés par un partenariat ou une collaboration. Les examens de biologie médicale délocalisée dits « Point of Care Tests (POCT) seront également concernés par cette approche d'assurance qualité en soulignant qu'ils ne peuvent en aucun cas remplacer totalement les examens de laboratoires classiques mais être complémentaires de ces examens dans le cadre en particulier d'une démarche d'autocontrôle du patient pour le suivi du traitement antidiabétique ou anticoagulant par exemple.

Dans ce contexte, il est à noter que la prime qualité accordée actuellement aux établissements hospitaliers (environ 4% du budget annuel) devrait être soumise à une évaluation quant à son opportunité telle que le souligne la note conceptuelle de l'IGSS du 7 octobre 2009.

L'ensemble de ces plateformes relèverait d'une cotation à la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) en fonction des analyses concernées de sorte que la CNS aurait la possibilité de gérer un seul point de négociation relative aux tarifs (cotation des actes et lettre-clé) sur base d'une convention réciproque avec la Fédération assurant la gestion opérationnelle de ces plateformes techniques sous forme autonome et sur base d'un modèle d'entreprise mutualisant les moyens logistiques, informatiques, achats, quality management et ressources humaines, les équipes actuelles des 2 secteurs privés et hospitaliers étant reprises au sein d'une convention collective sectorielle.

Figure 3. Concept de plateforme nationale de biologie médicale ambulatoire et hospitalière au Luxembourg



Dans ce schéma fonctionnel, le rôle de l'Etat et des administrations publiques est volontairement réduit au minimum, laissant au secteur privé son autonomie de gestion et le soin de répondre aux besoins, quitte à lui imposer des règles de fonctionnement et de qualité appropriés. La gestion sous forme d'une société de capitaux aurait ainsi pour avantage d'apporter une meilleure transparence d'exploitation et de faciliter le partenariat « privé-public » dans la gestion opérationnelle de ces différents plateaux techniques.

La mise en place d'une solution centralisée telle que décrite s'inscrit dans les démarches de responsabilité sociale des entreprises et assure :

- une prise en charge universellement accessible et en continue
- un réseau de soins de proximité
- une intégration de la gestion des urgences
- des délais médicalement acceptables
- une évolutivité pour répondre aux évolutions de la science médicale

- une homogénéité des équipements et une optimisation technique en particulier pré-analytique
- une réponse à l'utilisation rationnelle des ressources financières
- des conditions d'achats optimales et centralisées pour les équipements et les réactifs
- un système informatique mutualisé source d'échange de l'information médicale entre tous les professionnels de santé
- un haut niveau de qualité reconnue à l'échelle européenne (EN ISO15189)
- une maîtrise des bilans énergétiques (EN ISO14001)
- une polyvalence du personnel
- une formation continue uniforme
- une évaluation continue : satisfaction des patients, des médecins, contrôle financier (adaptation tarifaire selon les gains de productivité)
- une complémentarité accrue entre le secteur hospitalier et le secteur privé

La restructuration des laboratoires d'analyses médicales tant hospitaliers que privés qui implique un regroupement des analyses et une consolidation sur un nombre d'équipements homogènes adaptés aux besoins du pays, passe par la mise en place de systèmes d'automatisation . La robotisation des tâches permet d'assurer un traitement standardisé des échantillons, de réduire les étapes manuelles répétitives pour se concentrer sur des travaux à plus haute valeur ajoutée comme la validation des résultats, d'assurer une meilleure protection des opérateurs contre les risques biologiques et d'apporter des gains de productivité.

L'enjeu est de dépasser l'organisation actuelle, fractionnée et isolée à l'intérieur de chaque discipline ou entre les différents prestataires pour aller vers des organisations coordonnées permettant d'apporter une prise en charge plus globale et une continuité de service à un coût mesurable et objectif.

FLLAM Proposition 2 : Adaptation de la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale sur base d'une analyse de productivité des plateaux techniques

Le procédé consistant à baisser les prix de façon homogène sur tous les examens de biologie médicale est la plus mauvaise des solutions et ne génère pas une solution réfléchie au problème global de la maîtrise des dépenses de santé.

La baisse des tarifs purement linéaire conserve la hiérarchisation des examens, hiérarchisation qui ne correspond plus à la réalité des coûts. Ainsi, certains tarifs ne tiennent pas compte des gains de productivité permis par les évolutions techniques et certaines analyses pourraient être avantageusement remplacées par des examens largement plus performants.

A l'inverse, des examens de biologie médicale innovants tardent à être remboursés, ce qui interdit aux laboratoires de biologie médicale privés de les réaliser, et conduit les établissements publics à en obtenir le financement dans le cadre des missions d'intérêt général ou par la voie de la budgétisation, alors qu'ils font partie intégrante des soins.

Il en revient à la Commission de Nomenclature de procéder à l'étude de cette hiérarchisation des actes sans remettre en question le principe même de la cotation à l'acte des laboratoires privés. En effet, la rémunération par forfait renvoie les économies à des discussions avec des représentants des professionnels du secteur et non à des améliorations continues des pratiques qui évoluent nécessairement dans le temps en fonction des volumes traités (gains de productivité) et des technologies employées dans les laboratoires privés d'analyses médicales. L'approche d'une rémunération par forfait n'a jamais été appliquée dans les autres Etats membres de la Communauté Européenne et est même fortement controversée car cette politique basée uniquement sur la volonté de gestion d'un système va à l'encontre des projets de développement et d'innovation qui s'avèrent utiles aux services proposés aux patients.

Cette analyse de productivité ne peut se concevoir que dans le cadre de la proposition 1 consistant à mutualiser au préalable l'ensemble des plateaux techniques du pays car l'effet volume ainsi enregistré apportera la masse critique nécessaire à cette approche au regard des coûts de fonctionnements (salaires, loyers, achats, frais financiers etc...) qui n'ont cessé de progresser par le biais de l'indexation automatique de ces charges. Tout comme en Suisse, il est à noter que le prix des réactifs et le salaire moyen sont nettement plus élevés au Luxembourg qu'à l'étranger.

A titre d'illustration, le tableau suivant présente l'évolution de l'indice des prix à la consommation harmonisé (IPCH) pour différents pays d'Europe et pour la Suisse :

IPCH Evolution	31/12/2006 %	31/12/2007 %	31/12/2008 %	Salaire Moyen Brut 2007 €
Luxembourg	2.30	4.30	0.70	3992.0
Belgique	2.10	3.10	2.70	2739.0
France	1.70	2.80	1.20	2700.0
Allemagne	1.40	3.10	1.10	-
Italie	2.10	2.80	2.40	-
Suisse	1.10	0.70	2.40	3800.0

Des tentatives de « benchmarks » internationaux, afin de comparer les dépenses de biologie médicale entre les différents pays en Europe, ne peuvent se baser sur une simple analyse de la nomenclature des actes de biologie médicale de chaque pays. En effet, compte tenu de la complexité des règles multiparamétriques appliquées en fonction de chaque nomenclature, il

est très difficile d'estimer le prix de remboursement par analyse. Des indicateurs indirects relatifs aux ressources (remboursements) et aux dépenses (charges d'exploitation) semblent être plus adaptés pour une telle démarche comparative. Ainsi la détermination du tarif moyen en euros d'une ordonnance (prescription médicale), du nombre moyen d'analyses par ordonnance, du coût moyen de la biologie médicale par habitant et par an, du salaire moyen du pays, de l'index du coût de la vie dans chaque pays, sont autant de paramètres objectifs sur lesquels une étude comparative devient recevable pour le secteur privé et pour le secteur public.

Enfin, il y a lieu de préciser ici que la piste consistant à envisager la débudgétisation des laboratoires hospitaliers telle que proposée dans la note conceptuelle de l'IGSS du 7 octobre 2009 (cf. Annexes) pour les prestations ambulatoires ne saurait être une solution acceptable pour FLLAM et viable pour la CNS.

En effet, avant 1993, la facturation à l'acte avait fait exploser les coûts dans le secteur hospitalier du fait d'une surconsommation excessive source de financement d'autres services hospitaliers via le laboratoire. En instaurant le principe d'une débudgétisation des actes ambulatoires du secteur hospitalier, ceci risquerait de se reproduire tout au moins en l'absence de moyens de contrôle efficaces. De plus sous couvert d'un traitement dit « égalitaire » entre les 2 secteurs, les laboratoires des hôpitaux auraient leurs frais de fonctionnement (achats, salaires, investissements) pris en charge par les frais fixes et variables du budget CNS pour les patients hospitalisés tout en ayant une cotation à l'acte nette de frais pour les patients ambulatoires.

FLLAM Proposition 3 : Evolution législative de la loi du 16 juillet 1984 afin d'autoriser l'exploitation d'un laboratoire d'analyses médicales en personne morale

L'évolution de la réglementation en faveur de l'exploitation possible d'un laboratoire par une société semble nécessaire aujourd'hui, et probablement inévitable à très court terme si le Luxembourg souhaite maintenir un réseau de laboratoires performants et compétitifs selon le schéma décrit précédemment.

Les évolutions en cours au niveau européen montrent la volonté de réorganiser la profession afin de permettre le développement des laboratoires dans un contexte de concurrence de plus en plus vive, et d'assurer leur pérennité, notamment grâce aux modes de transmission offerts par le droit des sociétés.

On ne peut ignorer la dimension européenne et transfrontalière du système de santé et de soins au service des citoyens qui peut s'avérer favorable à un pays comme le Luxembourg qui ne saurait rester en marge de cette évolution car le risque de « satellitisme » est bien réel en s'excluant d'emblée de certaines innovations en matière de santé de par ses limitations juridiques en particulier dans le domaine des biotechnologies.

De telles attitudes risqueraient, par ailleurs, de porter préjudice aux laboratoires exerçant sur son territoire. Dans ces conditions, une modification de la législation est indispensable pour permettre aux laboratoires privés du Luxembourg de collaborer avec leurs homologues étrangers et, en particulier, pour qu'ils ne soient pas gênés dans leur développement par des structures et des modes d'exercice devenus inadaptés.

La coopération transfrontalière est source d'éclosion de nouveaux centres de compétences et de spécialisation, facilitant une utilisation rationnelle des infrastructures actuelles du pays, privées comme hospitalières. Les décisions prises au niveau national doivent tenir compte des réalités et des influences émanant des autres territoires en particulier de la Grande Région.

L'évolution législative en question ne concerne que l'adaptation de l'article 2 de la loi du 16 juillet 1984 afin d'y introduire la personne morale en plus des formes juridiques actuellement autorisées. La FLLAM s'interroge sur les délais nécessaires à une telle adaptation somme toute mineure par rapport aux enjeux actuels consistant à développer des secteurs, des produits et des services plus indépendants des marchés traditionnels de l'économie et ainsi soutenir les entreprises luxembourgeoises implantées au Grand Duché à exporter leur savoir-faire en établissant des partenariats avec nos homologues étrangers.

D'une manière générale, il y a lieu de souligner l'importance pour un petit pays de disposer d'un vaste réseau de contacts et d'acteurs pouvant contribuer à promouvoir le Luxembourg et ses entreprises en tant que partenaire fiable.

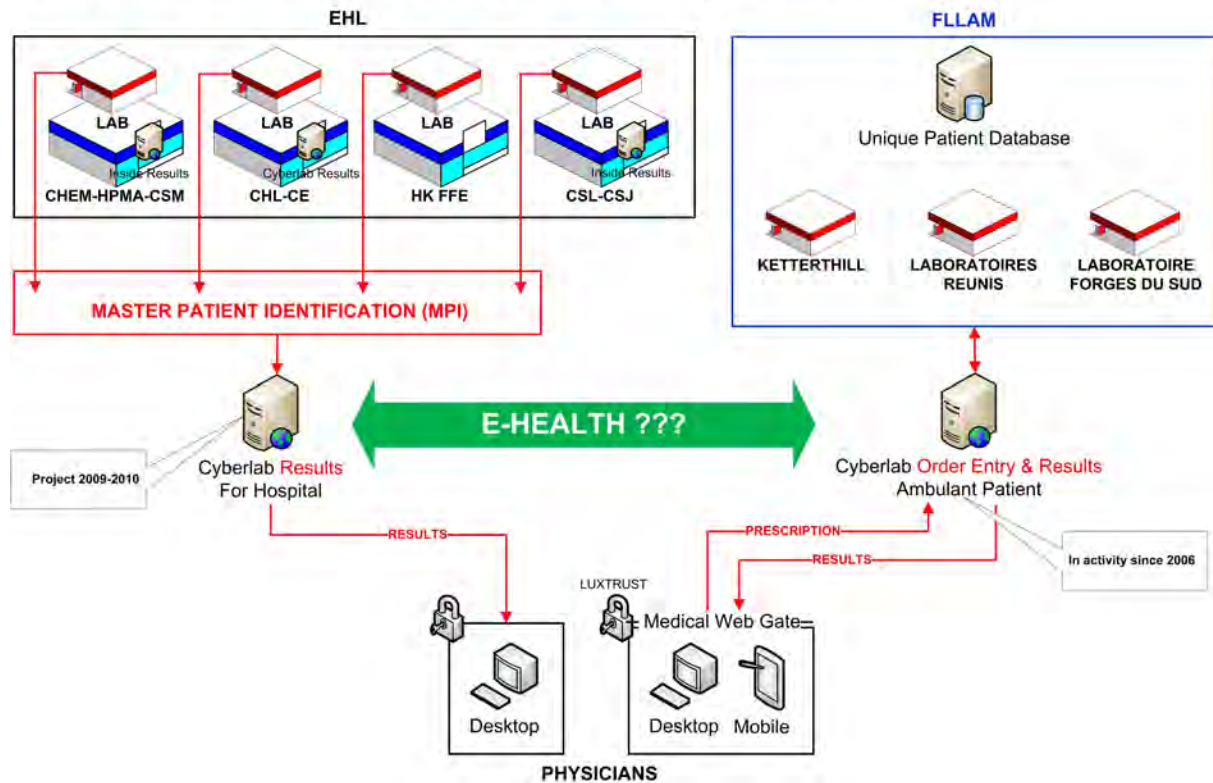
FLLAM Proposition 4 : Mise en place d'un serveur national de prescription et de consultations des résultats d'analyses médicales sur base des directives européennes reprises dans le programme e-Health

Le dossier médical biologique unique permettant l'intégration des données issues de toutes les spécialités de biologie médicale du secteur public et du secteur privé, conduirait à étayer au mieux l'interprétation du clinicien en fonction des données cliniques pertinentes. Ceci afin

- de garantir une interopérabilité de l'information médicale entre les secteurs privés et publics
- de gagner un temps précieux dans une connaissance plus rapide des antécédents du patient
- d'éviter la redondance de prestations
- d'offrir un dossier médical informatisé à un coût raisonnable par la mise en commun des moyens informatiques
- d'autoriser un accès fixe et mobile en temps réel 24H/24, 7J/7 via un accès sécurisé Luxtrust
- de permettre un encodage uniforme des données médicales et une exploitation statistique homogène à visée épidémiologique

Au Luxembourg, les laboratoires sont tous équipés à ce jour, en public comme en privé, de logiciels d'identité (permettant l'identification des patients), de logiciels de gestion des comptes-rendus d'examen souvent connectés en bidirectionnel aux automates (logiciels récupérant directement les données de l'automate et les organisant sous forme de compte rendu de résultats), de logiciels paramétrés pour la validation technique et biologique des résultats.

Figure 4. Vers la mutualisation de l'information de biologie médicale ambulatoire et hospitalière au Luxembourg ?



Il n'existe aucun obstacle technique à ce jour à évoluer au Luxembourg vers une solution de base de données nationale fournissant au corps médical l'ensemble des informations utiles à la prise en charge médicale du patient. Cette démarche s'inscrit d'ailleurs dans les recommandations européennes du projet e-Santé (e-Health).

Malgré la mise en place par le Ministère de la Santé avec le support du CRP Santec d'un groupe de travail e-Santé LABO durant l'été 2009 intégrant la participation des différents prestataires de soins en matière de biologie médicale, la FLLAM souligne le fait que les démarches menées par le secteur hospitalier ne s'inscrivent pas dans un projet national permettant à terme un échange global de l'information médicale.

En effet, consciente du retard pris ces dernières années en matière de diffusion des résultats au corps médical, l'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois (EHL) a décidé de faire l'acquisition de la solution Cyberlab pour tous les hôpitaux, solution en place depuis plus de 3 années dans le secteur privé. Ce choix identique permet a priori d'assurer une compatibilité entre les 2 secteurs mais le problème repose dans l'identification unique du patient à l'échelle nationale. Pour résoudre ce problème, les laboratoires privés du secteur extrahospitalier déploient une base de données unique pour l'identification informatique du patient tandis que l'EHL a fait le choix de développer en interne une solution propriétaire de Master Patient Identification (MPI) propre aux besoins des hôpitaux (cf. Figure 4). Cette approche conduira à présenter au corps médical deux interfaces d'accès aux données de biologie médicale, l'une proposée par le secteur privé permettant la prescription électronique et la consultation des résultats, l'autre proposée par le secteur hospitalier permettant a priori la seule consultation des résultats, tout au moins dans un premier temps. De plus, le problème de l'intégration des données à un logiciel de gestion du dossier médical, tel GECAMED, reste entier dès lors que l'identification unique du patient est équivoque.

Lorsqu'on prend conscience qu'une partie de la croissance des dépenses de santé en matière de biologie médicale, tous secteurs confondus, est liée à la redondance dans la prescription des actes par manque de mutualisation de l'information médicale, il semble essentiel que les approches respectives des 2 secteurs soient dès à présent synchronisées pour éviter de perdre du temps dans la mise en place prioritaire d'une plateforme nationale d'échange des données pouvant assurer également la diffusion auprès du corps médical des recommandations et des guidelines validées par les sociétés savantes et le conseil scientifique de la CNS en contribuant par ailleurs au déploiement de l'information utile à la formation médicale continue.

Un plan de communication national pour informer et générer l'intérêt et la confiance s'avère indispensable à un tel projet et serait ciblé tant vers les patients que vers les professionnels de santé et les différents organismes payeurs au Luxembourg.

FLLAM Proposition 5 : Positionnement et adaptation des missions du Laboratoire National de Santé dans un cadre européen

Par la volonté croissante du gouvernement de développer une collaboration interrégionale, il devient de plus en plus important pour le Laboratoire National de Santé (LNS) d'envisager l'organisation d'un certain nombre de ses activités non pas dans son environnement national mais à une échelle internationale, qu'elle soit « grande-régionale » ou européenne.

Le LNS est en relation directe avec une multitude d'autres acteurs de secteur de la santé : instituts de recherche, établissements hospitaliers, laboratoires privés et publics, instances européennes etc... Les multiples collaborations potentielles exigent un cadre juridique adapté et un statut permettant d'une part de formaliser des partenariats et d'autre part d'introduire une gestion économique et financière efficiente à laquelle tout responsable du secteur privé se voit constamment confronté. La mise en place de critères de mesure d'efficacité (adéquation entre objectifs et moyens) et d'efficacité (moindre coût), nécessite au préalable un concept organisationnel sur lequel repose la comptabilité notamment analytique et la mise en place d'outils de pilotage et de benchmarks permettant de suivre l'activité globale du LNS par rapport aux meilleures expériences étrangères.

Le LNS dispose actuellement d'un régime financier mixte bénéficiant à la fois de la facturation par acte sur base de la NABM (Nomenclature des Actes de Biologie Médicale, applicable également au secteur privé des laboratoires) et de recettes fixées par le budget de l'Etat. Le financement assuré par l'Etat, via des budgets issus du Ministère de la Santé, permet de couvrir les déficits d'exploitation du LNS et l'insuffisance de prise en charge tarifaire par la Caisse Nationale de Santé de certaines activités de biologie médicale que seul le LNS est amené à réaliser créant ainsi une situation de monopole de fait. Par ailleurs, certaines activités rares demandant un matériel et/ou un savoir-faire spécifiques n'atteignent pas la masse critique en termes de volume pour rentabiliser convenablement les équipements requis. Pour nombre de tâches assumées par le LNS, plusieurs acteurs en particulier du secteur privé, sont susceptibles de délivrer des prestations analogues, le client (patient et clinicien) ayant la faculté ensuite de comparer les performances respectives des différents intervenants.

L'image d'une administration détentrice de prérogatives réservées au secteur public doit s'estomper au profit de celle favorisant la recherche de synergies d'activités, à commencer par le décloisonnement des services internes, et de coordination d'efforts respectifs pour éviter les concurrences nuisibles tout en développant les missions spécifiques d'utilité publique s'intégrant dans la collaboration communautaire.

Quelles complémentarités ?

Avec quels partenaires ?

Et suivant quelles modalités de financement ?

Quelles activités actuellement assumées par le LNS sont à transférer en secteur privé et à l'étranger ?

Quelles nouvelles activités sont à intégrer dans la redéfinition des missions du LNS ?

Au-delà de répondre de façon exhaustive à l'ensemble de ces interrogations, la FLLAM souhaite participer activement aux travaux menées sur l'évolution future du LNS en retenant d'ores et déjà les pistes de réflexion suivantes :

- Mission de « Contrôle de la Santé » :
 - Activité de pharmacovigilance
 - Contrôle des laboratoires et partage du pouvoir d'inspection avec des autorités similaires notamment en matière de consignation et d'élimination des produits dangereux ou susceptibles de l'être pour la santé
 - Réseau de surveillance et de contrôle des maladies transmissibles
 - Centre de référence en relation avec un ou plusieurs instituts étrangers
 - Accompagnement et assistance à la localisation d'entreprises nouvelles en matière de biotechnologie et de pharmacie dans le cadre de la politique d'incitation du gouvernement luxembourgeois à la diversification d'activité du secteur de la Santé, source de développement économique pour le pays

- Mission de « Santé Publique » :
 - Développement de l'épidémiologie au niveau national et en relation avec les instances communautaires
 - Institut médico-légal
 - Accompagnement des professionnels de santé à l'hygiène médicale en collaboration avec les laboratoires d'analyses médicales du pays

Enfin, par rapport aux besoins actuels, il y a lieu de déterminer les besoins exacts dans le futur en matière d'infrastructure immobilière tenant compte du fait que les activités exercées par le LNS puissent être ajoutées, développées, réduites, stoppées ou transférées.

FLLAM Proposition 6 : Révision des mesures antérieures relatives à la limitation du remboursement des laboratoires extrahospitaliers à 12 actes par ordonnance

Sur un plan purement administratif et juridique il y a lieu de préciser que le principe d'égalité de cette mesure n'est pas respecté. En effet en date du 21 mars 2007, l'UCM avait modifié sa réglementation du 9 novembre 2004 en décidant que la limitation du remboursement à 12 positions par ordonnance s'appliquerait indifféremment aux analyses ambulatoires effectuées par les laboratoires privés et par les laboratoires hospitaliers à l'exclusion des patients hospitalisés. En pratique, de par la nature même du fonctionnement budgétaire des hôpitaux et depuis le mois d'avril 2007, force est de constater qu'aucune limitation de remboursement n'est appliquée au secteur hospitalier pour les analyses ambulatoires alors que cette mesure est toujours d'application en secteur privé. De plus la mise en application de l'article 41 de la loi de finance 2009 (loi du 19 décembre 2008) entraînant une réduction de la valeur de la lettre-clé des laboratoires du secteur extrahospitalier de 19.35% au 01/01/2009, avait été étroitement liée à un engagement ministériel d'abolition de cette limitation de remboursement.

La FLLAM souhaite que le Conseil d'Administration de la CNS inscrive ce point à l'ordre du jour afin qu'une prise de position argumentée puisse être émise, prise de position préalable à toute base de réflexion saine pour une restructuration entrepreneuriale du secteur de la biologie médicale luxembourgeoise reposant sur

- l'évolution du cadre réglementaire
- le partenariat stratégique
- la recherche des dépenses inutiles
- l'optimisation des outils de production
- la diversification d'activité

ANNEXES

Note Conceptuelle IGSS 7 octobre 2009
Mise en œuvre du programme gouvernemental
« Assurance Maladie – Maternité – Soins de santé »



Note d'orientation conceptuelle

**Mise en œuvre du programme gouvernemental
« assurance maladie-maternité – soins de santé »**

Quadrupartite – 7 octobre 2009

Introduction

Le programme gouvernemental 2009-2014 confirme les fondements de notre système de santé :

1. Introduction

Le Gouvernement maintient son attachement à l'Etat social, dont la sécurité sociale constitue un pilier porteur. S'appuyant sur le principe de solidarité face aux principaux risques de la vie, la sécurité sociale garantit à l'ensemble de la population la prise en charge des soins de santé et de la dépendance, la compensation des charges familiales et la sécurité des revenus en cas d'incapacité de travail, de vieillesse, de survie et de chômage. Elle a pour but d'empêcher la pauvreté et l'exclusion sociale.

Principalement en période de difficultés économiques, la sécurité sociale assume un rôle stabilisateur en maintenant le pouvoir d'achat d'une partie significative de la population et en assurant emploi et rémunération aux personnes occupées dans les secteurs de la santé et des soins de longue durée.

L'effort financier important que comporte la préservation de l'acquis social exige de l'économie, des contribuables et des cotisants un emploi responsable et efficace des fonds, évitant le dispendieux ou la dispersion et prohibant tout usage abusif voire frauduleux.

Au-delà des contingences du moment, il est impérieux de s'adresser à la viabilité à long terme de nos régimes de sécurité sociale face au vieillissement démographique prévisible, qui engendrera une augmentation des coûts pour les soins de santé, la prise en charge de la dépendance et, surtout, les pensions.

2. Assurance maladie – maternité

Le Gouvernement s'engage à préserver un système de santé basé sur la solidarité nationale, l'équité et l'accessibilité ainsi que sur la qualité de l'offre.

Le Gouvernement n'entend pas remettre en cause le conventionnement obligatoire, qui garantit l'accès de tous à des soins de même qualité.

(...)

Le programme gouvernemental trace également le cadre de certaines pistes d'amélioration et développement telles que les filières de soins, la rémunération et la traçabilité des prestations ou l'opportunité du tiers payant (social).

Il fixe les orientations stratégiques suivantes pour les réformes à effectuer au cours de la période législative:

- **préservé un système de santé public et solidaire et développer la qualité, la complémentarité et des filières de soins coordonnées,**
- **maîtriser l'évolution du coût global de l'assurance maladie et assurer la pérennité de notre système de santé,**
- **créer une gestion des données répondant à des critères d'exhaustivité, de transparence, de fiabilité, de standardisation, de comparabilité et d'échangeabilité .**

Ces orientations stratégiques doivent être la base pour des plans d'actions concrets qui devront guider l'action commune de tous les acteurs publics concernés - Ministères de la Santé et de la Sécurité Sociale, Caisse nationale de santé, Contrôle médical de la sécurité sociale, Inspection générale de la sécurité sociale - et aussi guider les discussions, voire les négociations, avec les différentes parties prenantes telles que les partenaires sociaux, le corps médical, les hôpitaux et les autres prestataires de soins :

- Jusqu'à fin 2009 : pacte de stabilité
- En 2010 : loi portant réforme de l'assurance maladie, loi sur les établissements hospitaliers, négociations tarifaires, cadre statutaire, conventions et nomenclatures, etc.

En dehors de ces étapes, il faudra à l'horizon 2011-2013 analyser en profondeur le fonctionnement de notre système de soins de santé, et ceci sur base d'analyses et d'évaluations des mesures déjà prises. A voir dans quelle mesure les conclusions de ces travaux pourront être intégrées dans le cadre légal resp. dans la base conventionnelle ou statutaire.

Le pacte de stabilité

Si l'assurance maladie ne doit pas être analysée exclusivement sur fond de données budgétaires, il est néanmoins prouvé que le financement de l'assurance maladie doit déjà à sa base faire face à des risques structurels, qui devraient encore s'aggraver par les effets de la crise globale. Les dépenses ont augmenté ces dernières années en moyenne de 6% par an, ce qui est dû à une augmentation en nombre des prestations et des assurés, un glissement vers des actes plus spécialisés et plus coûteux, une extension quantitative de l'offre ou encore le niveau des revenus des prestataires.

En ce qui concerne les recettes de l'assurance maladie, il faut constater une forte dépendance à long terme d'une croissance élevée du PIB et du taux de l'emploi, dépendant notamment des salariés frontaliers, qui ne recourent pas, au même titre que les résidents aux prestations de l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise, et ceci pour des raisons de structure d'âge et d'une préférence pour leurs propres systèmes de prise en charge moins onéreux. (cf. Annexe 1)

Les mesures à court terme doivent prendre en compte les conséquences de la crise qui menace l'équilibre financier de l'assurance maladie (déficit de +/- 90 millions € actuellement prévu pour 2010). Face à une baisse substantielle des recettes, il s'agit de freiner le développement des dépenses pour 2010 et 2011 par des mesures ciblant les différents mécanismes et variables d'évolution des coûts. Un tel pacte de stabilité doit permettre de libérer le temps et les ressources nécessaires pour mener à bien les réformes structurelles visant le moyen et le long terme.

Le pacte de stabilité, à discuter avec les différentes parties concernées après la réunion « Quadripartite » du 7 octobre 2009, visera prioritairement le côté des dépenses de l'assurance maladie, où tous devront faire un effort substantiel afin de limiter le déficit.

1. Loi budgétaire

Pour l'année 2010, il est proposé de baisser la limite inférieure de la réserve obligatoire (art. 28 CSS). Cette mesure restera néanmoins limitée dans le temps, et une analyse de fond à effectuer au cours de l'année 2010 – aussi sur base de données plus évoluées de l'impact de la crise économique – devra contribuer à préciser d'autres mesures à entrer en vigueur à partir de 2011 pour rétablir l'équilibre financier telles que l'évolution du taux de cotisation, la contribution des usagers, les mesures à l'égard des prestataires ou autres.

La loi budgétaire prévoit encore le maintien de la mesure de fixation de la lettre-clé des laboratoires. (cf. Annexe 2)

2. « Stand still » sur certains paramètres d'évolution

Ce « stand still » devra comprendre le maintien au niveau du 30 juin 2009 et jusqu'à fin 2011 du nombre des médecins agréés dans les établissements et de certains frais connexes.

Une approche modérée des établissements hospitaliers est indiquée dans les négociations de leurs budgets avec la CNS. La prime qualité accordée aux établissements hospitaliers va être soumise à une révision quant à son opportunité et à sa hauteur, ainsi que quant à l'utilisation y relative.

Ces points doivent engendrer de suite des négociations de la CNS avec l'Entente des hôpitaux et nécessitent l'engagement formel et mutuel des directions et organes dirigeants des établissements hospitaliers.

3. Négociations avec les prestataires

Dans le cadre de ses attributions, la CNS intensifiera ses discussions avec les prestataires de soins pour redresser certaines incohérences manifestes d'honoraires de soins de santé. Ces constats seront à intégrer dans les différentes nomenclatures et dans les conventions avec les prestataires et les médecins. Le cas échéant, les statuts de la CNS devront être adaptés.

Il est entendu que l'élimination de ces incohérences ne pourra motiver de nouvelles revendications.

A noter que les différentes lettres-clé ainsi que l'évolution des salaires du personnel soignant sont fixées jusqu'à fin de l'année 2010.

4. Établissements hospitaliers

Les projets d'extension, de modernisation et de construction d'établissements hospitaliers seront reconsidérés par rapport à leur finalité et au volume du coût des investissements, ainsi que par rapport aux frais d'exploitation qu'ils engendreront. Le principe de « l'utile et le nécessaire » sera appliqué avec rigueur, notamment en ce qui concerne l'approche architecturale et l'envergure des projets en question.

5. Sensibilisation des usagers et des prestataires

La CNS lancera une campagne d'information et de sensibilisation adressée aux patients et au corps médical afin de les motiver à renforcer leur sensibilité au message toujours essentiel de « l'utile et le nécessaire ».

Le message clé devra cibler la responsabilité de chacun – patient, prescripteur, prestataire - en vue d'une utilisation durable des ressources de l'assurance maladie et de l'importance de maintenir notre système de soins de santé de qualité basé sur la solidarité et l'accessibilité.

Orientations conceptuelles à moyen et à long terme

L'assurance maladie-maternité couvre un système de prises en charge médicales, sanitaires et sociales qui s'illustre à un niveau européen par la complétude des prestations en nature fournies et par une infrastructure hospitalière moderne et à la pointe du progrès médical. La satisfaction des patients par rapport à la prise en charge fournie est grande. Il existe un consensus politique et public de préserver un système de santé basé sur la solidarité nationale, l'égalité de traitement, l'équité et l'accessibilité ainsi que sur la qualité de l'offre.

De l'autre côté les faiblesses du système actuel, en dehors des contraintes liées au financement et à la crise économique, sont également multiples, notamment en ce qui concerne les défis à moyen et à long terme.

Notre système de soins de santé se caractérise par une forte orientation sur la prise en charge hospitalière. Ainsi 50% des prestations en nature de l'assurance maladie effectuées au niveau national sont affectées au financement des hôpitaux. Ce chiffre n'inclut pas les honoraires des médecins hospitaliers. Dans ces chiffres, le financement des infrastructures hospitalières est seulement inclus à hauteur de 20% à charge de l'assurance maladie. Même si la majeure partie incombe via le Fonds des infrastructures hospitalières à l'Etat, le fonctionnement de ces infrastructures est exclusivement à charge de l'assurance maladie-maternité. Ces chiffres montrent aussi un sous-développement de l'offre ambulatoire et extrahospitalière, plus particulièrement en relation aux soins de santé primaires.

Une conception affirmée de filières de soins devra être la base de toute planification sanitaire à moyen et à long terme, et plus spécifiquement de la planification des infrastructures hospitalières et des plateaux techniques. À titre d'exemple, on peut citer la problématique liée à l'évolution démographique de la population résidente, qui va nécessiter à côté et en coordination avec les mécanismes de l'assurance dépendance, une filière de soins liant le milieu ambulatoire (médecins généralistes, réseaux d'aide et de soins à domicile, ...), les établissements stationnaires de long et de court séjour (maisons de

soins, centres intégrés, centres de convalescence, ...) et le milieu hospitalier (gériatrie aigüe, réhabilitation gériatrique, ...).

Ceci nécessite aussi une meilleure planification à moyen et à long terme des infrastructures de prise en charge à un niveau national, régional et local. Le financement des frais de fonctionnement et des prestations à effectuer dans ces structures doit être mieux pris en compte dès la phase de planification par le biais d'études d'impact.

La rémunération actuelle des prestations hospitalières se caractérise par la combinaison d'un système de budgétisation des établissements hospitaliers et d'une médecine libérale rémunérée par des actes médicaux hospitaliers. Ce système rend délicate la pilotabilité globale du système, la transparence des prestations et la contrôlabilité des coûts. Même si l'implémentation d'un système par DRG (*Diagnosis Related Groups*) ne semble ni indiqué ni réalisable au cours des 5 ans à venir, les conditions requises pour un tel système – traçabilité, documentation, standardisation, etc – doivent être visées.

Une autre critique concerne la faible qualité de l'analyse des données statistiques, qui est due au défaut de standards et à l'obligation de codification, à l'absence ou à la qualité insuffisante des données de base ainsi qu'aux ressources insuffisantes d'analyse et de maintenance des données. Cette situation insatisfaisante, également caractérisée par l'absence du dossier patient unique et standardisé, se situe aussi bien au niveau des données de la prise en charge du patient (documentation standardisée, processus, ...) qu'au niveau des statistiques. Elle mène à un manque de transparence et de critères de qualité objectifs, et à une faible comparabilité à un niveau international.

Un autre risque pour notre système - en soi « petit » à un niveau interrégional, de haute qualité, mais aussi d'un coût nettement plus élevé - concerne la globalisation des questions de santé avec une plus grande mobilité des patients et une commercialisation partielle de l'offre médicale. Même si la position luxembourgeoise reste ferme en matière de sauvegarde du principe de compétence nationale pour les questions de santé, les implications de la libération de circulation des citoyens, des biens et des services auront tôt ou tard un impact majeur sur l'assurance maladie luxembourgeoise. Il faut être conscient que notre système d'assurance maladie, et surtout de prise en charge médicale et hospitalière, devra dans le futur davantage faire face à une comparaison voire une concurrence avec d'autres offres de soins transfrontalières, et ceci même avant que la future directive relative aux droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers n'entre en vigueur.

En vue de mettre en œuvre les orientations politiques et stratégiques retenues dans le programme gouvernemental, il est indiqué de donner une réponse cohérente, se basant sur des propositions coordonnées découlant des départements de la Santé et de la Sécurité sociale. Ces propositions doivent être approfondies et précisées dans une recherche de consensus avec les partenaires sociaux et avec les prestataires, avant que des projets de loi spécifiques ne soient soumis à la Chambre des députés.

Projet de loi portant réforme de l'assurance maladie-maternité

Les travaux en relation avec un tel projet de loi devront commencer après la réunion « Quadripartite » du 7 octobre 2009 (annexe 3) et mener au dépôt d'un projet de loi au

printemps de l'année 2010. Notamment les points soulevés ci-après devraient être traités dans ce projet, sur base de réflexions et propositions discutées au sein de groupes d'experts réunissant des représentants des différentes parties prenantes et des experts reconnus :

1. Système de tarification des prestations de soins

Le système actuel de rémunération des actes et services dispensés par des prestataires de soins va être maintenu. Il s'est développé au cours des années suivant des impulsions diverses, mais ne répond plus vraiment à des critères de cohérence et de transparence. Ainsi p.ex. les nomenclatures servent quasi exclusivement comme base pour la tarification mais ne répondent plus aux exigences de lien avec une base scientifique, d'outil de suivi et de pilotage de l'activité, de comparabilité à un niveau européen ou international ...

Il s'agira d'étudier la cohérence de notre système de nomenclatures, et ceci aussi bien pour le milieu hospitalier (où il s'agit aussi de viser une meilleure cohérence avec l'activité hospitalière) qu'en milieu extrahospitalier (où il s'agit plus particulièrement d'intégrer une orientation vers des filières de soins et les soins primaires). Il devra également étudier les avantages et les limites d'un système de facturation à l'acte et proposer des compléments ou d'autres modèles alternatifs.

Les conclusions pourront être intégrées dans une réforme des articles 65 et 66 du CSS. Elles viseront néanmoins probablement plus les règlements grand-ducaux associés aux nomenclatures.

2. Commission de nomenclature

La mission de la commission de nomenclature est centrale, mais son fonctionnement et les moyens y affectés ne peuvent plus répondre de façon satisfaisante à ce rôle. Les réformes devraient cibler aussi bien les moyens et les ressources mis à sa disposition, que l'implémentation d'un processus et d'une méthodologie basée davantage sur des critères scientifiques. A noter aussi que la composition de la commission de nomenclature doit être plus large, plus interdisciplinaire et moins influençable.

En outre, il est essentiel que le développement des différentes nomenclatures respecte un cadre directeur prenant en compte notamment l'évolution globale du système de santé et les contraintes financières globales. Un tel cadre pourrait p.ex. clarifier certaines majorations (par suffixe ou 1^{ère} classe). De façon plus générale, il serait possible de prévoir le principe d'une orientation globale suivant une nomenclature davantage évoluée et conceptualisée, telle que la CCAM en France ou Tarmed en Suisse.

3. Encadrement juridique

D'une façon générale, il est prévu de revoir les dispositions actuelles du fonctionnement de l'assurance maladie-maternité et de reconsidérer leur incorporation dans les dispositifs légal, réglementaire, conventionnel ou statutaire.

Afin d'assurer une meilleure pilotabilité du système des soins de santé et une meilleure cohérence entre les différentes professions et types de prestataires, il est proposé de traiter certaines dispositions telles que celles en relation avec le transfert d'informations et de documents par un règlement grand-ducal.

4. Médicaments et pharmaciens

Les différentes pistes de réforme et d'amélioration du dispositif actuel devront être analysées par rapport à leur faisabilité et à leur opportunité :

- encadrement des prix des médicaments (prix de référence, promotion des médicaments avec le meilleur rapport qualité/prix, ...),
- honoraires de dispensation pour les pharmacies,
- abattement accordé par les pharmaciens à l'assurance maladie,
- droit de substitution.

5. Laboratoires

Face à un secteur en pleine mutation et tenant compte de l'évolution technologique, il est indispensable de développer une nouvelle conception globale pour ce secteur, visant à trouver un équilibre sain entre les différents intérêts et les contraintes de qualité et d'efficacité. Il s'agira d'étudier un ensemble de mesures, y compris la débudgétisation des prestations ambulatoires des laboratoires d'hôpitaux, voire le regroupement de ces derniers dans une structure commune.

6. Dépenses Maternité

Les dépenses liées à la maternité affichent un taux de croissance nettement supérieur au taux de croissance moyen des dépenses de l'assurance maladie-maternité, et ceci tant pour les mesures de remplacement de salaire (congé de maternité et dispenses de travail) que pour les prestations en nature. Tout en préservant la participation de l'Etat, il est proposé de réformer le financement des dépenses de maternité en les incluant pour tous les assurés dans le taux de cotisation. Cette réforme représenterait une vraie simplification administrative et permettrait d'assurer une meilleure cohérence et un meilleur suivi des dépenses par l'Etat et les partenaires sociaux.

7. Documentation et évaluation des activités

La documentation des activités en milieu hospitalier continue à afficher des insuffisances constantes. Un des points à soulever est la codification des diagnostics sous forme ICD10 à 4 positions, qui avait en principe été arrêtée en 2006. Une classification standardisée des procédures telle que la Classification commune des actes médicaux (CCAM) en France, fait également défaut. Si l'obligation et les modalités de documentation de l'activité hospitalière devraient être fixées soit sur base statutaire soit sur base réglementaire, il est néanmoins aussi nécessaire d'assurer une centralisation et une évaluation adéquate de ces données.

La création d'un observatoire de la santé pourrait aider à améliorer la prise en charge et la qualité des soins, favoriser la prévention et cibler les interventions de notre système de soins de santé, mesurer les coûts et contribuer à leur maîtrise, faciliter la prise de décision et établir des bases solides pour la planification sanitaire, renforcer le combat contre les fraudes et le gaspillage, améliorer la négociation tarifaire ou l'adaptation des nomenclatures.

8. Fédération de certaines activités hospitalières

Le financement des hôpitaux se base sur un modèle de budgétisation. Chaque hôpital gère son budget et prend ses décisions entrepreneuriales propres qui sont souvent

incoordonnées voire contradictoires à un niveau global. Afin d'engendrer une plus grande disponibilité (voire obligation) à trouver des solutions communes, il faut intégrer la possibilité qu'une part du budget puisse être confiée à un groupement d'intérêt économique (GIE) commun. Un tel modèle pourrait être appliqué à la recherche, à la maintenance et à la gestion d'un système informatique unique intégrant le dossier patient standardisé et l'échange de données entre patients et avec les institutions de santé ou de sécurité sociale.

Cette solution pourrait notamment s'appliquer à tous les services de support aux activités médicales, comme p.ex. aussi aux laboratoires. Le transfert de fonds dans ces structures communes se ferait de façon progressive. La responsabilité de gestion resterait attribuée aux hôpitaux (centres régionaux et hôpitaux généraux), les budgets seraient négociés avec la CNS.

9. Juridiction

Le fonctionnement des organes de surveillance et de juridiction applicable vis-à-vis des prestataires de soins doit être revu, afin de les doter des outils nécessaires pour jouer leur rôle dans la lutte contre les fraudes et les abus. Ceci concerne notamment la commission de surveillance dont le fonctionnement doit être simplifié et dont les ressources doivent être augmentées. Les amendes et les pénalités doivent avoir un caractère dissuasif et être en relation adéquate avec l'enjeu des pertes auxquelles la sécurité sociale est confrontée. Leur fixation doit être sortie du cadre conventionnel entre prestataires et organisme gestionnaire de l'assurance maladie-maternité. En outre un lien avec le droit commun doit être établi.

10. Contrôle médical de la sécurité sociale

Dans le même ordre d'idées, il ya lieu d'élargir et de préciser les missions du contrôle médical en matière de contrôle de prestations, et notamment en milieu hospitalier, comme p.ex. dans le domaine des assistances opératoires.

En outre, l'organisation du contrôle médical doit être revue et être mieux ciblée sur ses missions spécifiques en relation aux incapacités de travail et aux soins de santé. Il devra devenir l'acteur principal et central de la lutte contre les fraudes, les abus et les erreurs.

Mais le rôle du CMSS ne doit pas se limiter à des mesures de contrôle, mais il s'agit également de mettre à l'avant ses missions d'information et de conseil pour le corps médical en vue d'une amélioration de la qualité et de l'efficacité.

11. Conseil scientifique

La position du Conseil scientifique doit être renforcée. Il s'agira notamment de réfléchir à l'augmentation de ses moyens et à ses priorités. Mais tout cet excellent travail est inutile, si ces recommandations et directives ne sont pas reprises par le corps médical. En dehors de mesures de communication et de formation, il s'agira d'intégrer dans la mesure du possible ces propositions dans les conventions et les nomenclatures des prestataires de soins.

12. Profession médicale

Sans mettre en question la règle du conventionnement obligatoire, il faut se demander dans quelle mesure et dans quelles conditions l'agrégation des professionnels de santé doit être encadré. En fait, il est indéniable que l'offre quantitative de soins est un facteur essentiel

pour l'évolution du coût global de notre système de santé, qui peut aussi avoir un impact négatif sur la qualité. Par rapport à cette question délicate, il s'agit de trouver un équilibre sage, respectant la législation nationale et européenne, parant l'attrait purement économique et maintenant une diversité et une démographie saine dans les différentes professions et spécialités.

Le rôle de guidance du médecin généraliste doit être renforcé, p.ex. par une gestion plus ciblée de consultations directes chez un spécialiste (conditions et pathologies à voir). Une autre mesure serait l'information (global et volontaire) du médecin généraliste de référence/famille de toutes les prestations de l'assurance maladie pour le compte du patient. A voir si le rôle du médecin généraliste peut être renforcé par cette loi, où s'il faut intégrer cette thématique dans une loi spécifique.

En milieu hospitalier, différentes questions ouvertes devront être approfondies telles que le rapprochement des systèmes opposés de médecins hospitaliers libéraux-employés ou encore le statut du médecin coordinateur dans un contexte de standardisation de certains traitements, de soucis d'efficacité et d'économie et de la liberté thérapeutique du médecin traitant.

Les avis en relation à un système de responsabilité médicale « No fault » (sans faute) en relation avec l'indemnisation des victimes de soins de santé sont divergents par rapport aux avantages et inconvénients. Il faudra étudier l'opportunité et la faisabilité d'un tel système, qui devrait néanmoins être obligatoirement accompagné de mesures de qualité adéquates et de procédures de documentation transparentes et exhaustives.

13. Mutualités

Le rôle des mutualités actives dans le domaine des soins de santé doit être renforcé. Face à une concurrence de plus en plus forte et tenant compte de l'orientation du gouvernement de réduire progressivement le forfait de la première classe, il s'agit d'étudier la possibilité du développement de nouvelles missions notamment pour la CMCM.

En tout état de cause, il s'agira de promouvoir les initiatives mutualistes et solidaires face aux mécanismes d'un marché de la santé orienté vers les profits et d'éviter un développement vers une médecine à plusieurs vitesses.

14. Mesures sociales et tiers payant

Le Gouvernement s'est prononcé pour l'introduction du tiers payant social. Un tel dispositif doit permettre un accès plus facile aux prestations de l'assurance maladie pour les personnes en difficulté sans les stigmatiser et sans engendrer une charge administrative trop importante.

Dans un premier temps, il est proposé d'amender l'article 84 CSS. Une procédure spécifique de tiers payant social, notamment en ce qui concerne les procédures administratives et le cercle des bénéficiaires, sera analysée dans le cadre d'une étude.

15. Fonds de prévention

Afin de renforcer les actions de la CNS dans le cadre de ses missions de prévention de la maladie et de la promotion de styles de vies sains et responsables, il est proposé de créer un fonds de prévention.

Projet de loi sur les établissements hospitaliers

La loi de 1998 sur les établissements hospitaliers sera révisée en vue de donner plus de précisions sur les rôles ainsi que sur les droits et les devoirs des différents intervenants.

En matière de transparence des activités, des résultats, de la performance, des efforts en matière de qualité et de la satisfaction des usagers, le projet de loi va renforcer les démarches déjà prévues par le plan hospitalier en vigueur, notamment à travers une participation accrue des médecins et du personnel soignant dans l'organisation des hôpitaux.

D'une façon générale, les structures de surveillance et de gestion des établissements hospitaliers seront révisées afin de les adapter aux besoins organisationnels d'une médecine de plus en plus complexe et multidisciplinaire. Dans ce cadre, le statut du médecin hospitalier et celui du médecin coordinateur seront définis et précisés.

Les dispositions visant à inciter des collaborations entre établissements hospitaliers tant sur les plans administratif, technique, logistique que médical seront revues.

Dans le cadre de la révision de la loi hospitalière, il sera également tenu compte de la nécessité de poursuivre résolument le virage vers l'ambulatoire lorsque ce type de prise en charge peut être privilégié sans perte de qualité pour le patient.

Finalement, l'opportunité de redéfinir les structures de planification hospitalière, et notamment celle de la CPH sera évaluée.

Les conceptions à développer à long terme

En dehors des mesures citées ci-avant qui visent prioritairement des réformes à effectuer à assez brève échéance, une réflexion de fond au sujet du fonctionnement de notre système de santé doit être entreprise. Ces travaux et les études y relatives ne seront certainement pas terminés au cours de la première moitié de la période législative. Il faudra voir en cours de route quelles mesures pourront encore être mises en œuvre et aussi par quelle voie ceci pourra se faire.

1. Financement de l'activité hospitalière

En 2007 une étude commandée par l'UCM sur les options de financement des frais variables des établissements hospitaliers avait notamment analysé les risques et les opportunités d'un système basé sur des DRG (« *Diagnosis related groups* ») qui vient à application dans toujours plus de pays.

Nonobstant les questions de principe et les problèmes techniques à clarifier, il est clair que ni nos établissements hospitaliers, ni nos organismes gestionnaires ne sont actuellement outillés pour assumer un tel changement de paradigme. Néanmoins, il faudra s'investir davantage dans l'étude de ces questions, notamment par rapport aux référentiels applicables et au périmètre d'application de ces forfaits.

2. Conception et stratégie en matière de soins de santé

Notre système de soins de santé s'oriente actuellement uniquement suivant le milieu hospitalier et le milieu extrahospitalier, qui montrent par leurs modes de fonctionnement et de financement des divergences considérables, expliquant notamment le manque de coordination et de cohérence actuels.

Il faudra étudier un élargissement des conceptions incorporant des dispositifs différenciés pour soins primaires – soins extrahospitaliers (pré- et posthospitaliers) – soins ambulatoires – hospitalisation à domicile – prise en charge hospitalière stationnaire. Il faut intégrer évidemment dans ces réflexions quelques domaines et aspects spécifiques tels que les secours et les urgences ou encore les maladies chroniques.

A titre d'exemple, on peut citer la chirurgie ambulatoire qui est encore fortement sous-développée au Luxembourg et qui représente dans des conditions spécifiques des avantages par rapport à la chirurgie stationnaire classique, aussi bien en matière de qualité que de coûts de la prise en charge. En tout état de cause, la chirurgie ambulatoire devra se réaliser au sein des établissements hospitaliers existants. En outre, face à des ressources limitées, il est inconcevable que ce développement s'ajoute tel quel « on top » au dispositif actuel sans adaptation structurelle correspondante.

3. Réforme de fond de la nomenclature

Sur base de la réforme projetée de l'assurance maladie-maternité, une réorientation progressive des nomenclatures actuelles vers un référentiel reconnu et ayant fait ses preuves (tel que Tarmed en Suisse ou CCAM en France) devra se faire progressivement. Tout en tenant compte à un certain degré des spécificités luxembourgeoises, il est clair qu'une telle réforme doit améliorer la cohérence, la transparence et la base scientifique de la classification des actes et maintenir l'équilibre financier global du régime.

4. Tiers payant généralisé

Le système du tiers payant avait rencontré une faible acceptation lors d'une réforme antérieure de l'assurance maladie. Les critiques avaient notamment visé la responsabilisation des usagers et les questions informatiques et financières en relation avec les remboursements des honoraires.

Entretemps de tels systèmes ont largement fait leurs preuves, aussi bien à l'étranger qu'au Luxembourg (pharmaciens, professions paramédicales, assurance dépendance). Il faudra ainsi étudier les avantages du tiers payant, notamment pour les frais médicaux en milieu hospitalier :

- traçabilité des prestations et lutte contre la fraude et les abus,

- gain de cohérence par rapport aux objectifs du plan hospitalier (respect des nomenclatures, dégagement de pôles de compétence en renforçant le lien entre spécialisation médicale et actes de la nomenclature, ...),
 - mesure sociale envers les assurés axée sur un accès plus facile et plus équitable,
 - simplification administrative, notamment auprès de la CNS.
5. Risques et opportunités du développement des soins de santé transfrontaliers

L'abolition des frontières et la mobilité des usagers, des services et des prestataires s'appliquent et s'amplifient de façon quasi naturelle aussi aux domaines de la santé et de la sécurité sociale. La diffusion d'offres de soins au-delà des frontières ne représente néanmoins non seulement un défi pour notre système de soins national, mais doit aussi être considérée en tant qu'opportunité pour améliorer la collaboration et l'interaction entre les différents acteurs. A ce titre, il faut citer la nécessité de collaboration et de partage de ressources en matière d'équipements techniques lourds et hautement spécialisés entre centres hospitaliers de la Grande région, qui fait sens non seulement économiquement mais apportera une offre de soins améliorée à l'ensemble de la population de cet espace économique et culturel.

Méthode de travail

Le pilotage des réformes est assuré par un Comité de pilotage restreint présidé par le Ministre et regroupant des agents des différentes administrations et départements concernés. Le groupe de pilotage se réunira avec les différents acteurs concernés tels que les partenaires sociaux ou les organismes représentatifs des prestataires. Il confie des missions spécifiques à des experts ou à des groupes de travail. Il adapte les objectifs et les actions dans le cadre des orientations stratégiques prises.

Conclusion

Au cours des dernières années un travail considérable de concertation et d'échange, de création de synergies, de mesures de sensibilisation, aussi bien à l'égard des patients que des prestataires ou des fournisseurs, a été effectué. Une concentration des ressources, telle que réalisée par la fusion des hôpitaux ou l'introduction du statut unique avec la création de la CNS, a renforcé la base pour un meilleur pilotage de l'assurance maladie.

Même si le leitmotiv « **Soigner mieux en dépensant mieux** », qui a guidé cette période de stabilité des cinq dernières années, a fait ses preuves, il y a lieu de le compléter et de l'adapter aux nouvelles contraintes et aux nouveaux défis qui se dessinent.

Il faut être conscient que la mise en œuvre d'une telle réforme nécessitera 12 à 15 mois en fonction des aléas des discussions publiques et politiques, ce qui laisse à envisager une entrée en vigueur de cette réforme pour fin 2010.

Luxembourg, le 2 octobre 2009

Annexe 1 : Situation financière de l'assurance-maladie

(source : Note d'expert à l'attention du formateur ; retravaillé par J.-M. Feider)

L'évolution des dépenses et des recettes de l'assurance maladie est directement en relation avec le PIB. Les fortes croissances de celui-ci dans la période de 1995 à 2008 (5,2%) ont permis à l'assurance maladie de disposer des moyens financiers pour augmenter le volume de ses opérations à même hauteur.

Si l'année 2009 s'annonce comme celle avec les plus fortes régressions de quasiment tous les paramètres examinés, (PIB -4.4%), les projections pour 2010 montrent une décente reprise du PIB (+0,8%) pour atteindre 3,6% en 2011, 3,9% en 2012 et au dessus de 4 % pour les années 2013 et 2014.

Le taux de croissance de la population protégée se stabilisera pour ces mêmes années autour de 0,6 % par an.

Le taux d'emploi diminuera en 2010 de -0,9 % pour reprendre une tournure positive décente dès 2011 avec 0,3 %, pour atteindre 1,8 % en 2012 et 2,3%, respectivement 2,6 % dans les années 2013 et 2014.

L'augmentation de la masse salariale, principale génératrice des recettes de l'assurance maladie, n'atteindra en 2009 que 2,9 % (contre 7,3 en 2008) et diminuera encore en 2010 pour n'accuser qu'une légère croissance de 1,2%. Une reprise vers un taux de croissance de plus de 3,4% est entrevue pour 2011, voire 4,4 %, 5,5 % et 6,4 % pour les années suivantes,

A noter que l'évolution de l'échelle mobile est chiffrée avec 1,7 % pour 2010, 1,2% pour 2011, 2,5% pour 2012, 1,7% pour 2013 et 2,7% pour 2014.

La planification pluriannuelle des dépenses et des recettes de la CNS, établie à l'occasion du budget pour l'année 2010, sera basée sur ces projections.

On pourrait tirer de cette analyse la conclusion que le phénomène de crise ne se déploie pleinement qu'au cours de l'exercice 2010 et que à partir de 2011 l'on peut s'attendre à une amélioration modérée de la situation. Il convient dès lors d'ajuster les taux de croissance notamment pour les prestations en nature au même niveau de croissance que les cotisations.

Face à une diminution substantielle des recettes en cotisation due à la situation sur le marché de l'emploi, un ralentissement de l'effet de rajeunissement de la population assurée en raison d'une assez forte diminution de l'emploi frontalier (-0.3 % en 2010), et un vieillissement correspondant de la population résidente, sont autant d'éléments qui contribuent à la précarité du financement et de l'équilibre du système.

Dès lors, comme il paraît impossible de compter sur des plus values de recettes provenant d'une augmentation de l'emploi, la rupture de l'équilibre financier, où l'excédent de dépenses est actuellement évalué à 92,5 millions d'euros pour 2010, appelle à des mesures visant à une réduction correspondante des dépenses.

Annexe 2 : Loi budgétaire - Mesures en matière d'assurance maladie

(1) Par dérogation à l'article 28, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale la limite inférieure de la réserve y prévue est réduite pour l'exercice 2010 à 5,5 pour cent.

Pour faire face à des difficultés de trésorerie éventuelles, une ligne de crédit peut être ouverte sans frais par le comité directeur sur la réserve prévue à l'article 375 du Code de la sécurité sociale. L'article 41, alinéa 2, du même Code est applicable.

(2) Par dérogation aux articles 65, alinéa 2 et 67 à 70 du Code de la sécurité sociale, la valeur de la lettre clé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique visés à l'article 61, alinéa 2 point 4) du Code de la sécurité sociale est fixée à 0,3557.

Commentaire

D'après les prévisions budgétaires établies par la Caisse nationale de santé (CNS), l'assurance maladie accusera probablement en 2010 un déficit cumulé de l'ordre de 90 millions euros, en raison notamment de la stagnation, voire de la régression prévisible de l'emploi. D'après les dispositions légales applicables (article 30 Code de la sécurité sociale), le taux de cotisation doit être refixé avec effet au 1^{er} janvier de l'année pour laquelle le budget fait apparaître que le montant de la réserve descend au-dessous de dix pour cent du montant annuel des dépenses. Afin d'éviter une augmentation des cotisations, qui comporterait des charges supplémentaires pour les assurés, les employeurs et l'Etat au moment des difficultés financières et économiques actuelles, le paragraphe (1) prévoit la réduction du niveau actuel de la réserve à 5,5 pour cent. La réserve de l'assurance maladie se réduira de fin 2009 de l'ordre de 200 millions euros à 112 millions euros fin 2010.

Il est évident qu'il s'agit en l'occurrence d'une mesure unique. Afin de redresser la situation financière de l'assurance maladie le Gouvernement s'engagera, à partir de la Quadripartite d'automne 2009, avec les partenaires sociaux et les prestataires de soins dans une stratégie devant mener à un train de mesures législatives, réglementaires, conventionnelles et statutaires à mettre en œuvre jusqu'à la fin 2010.

Pour permettre à la CNS de faire face à d'éventuelles impasses de trésorerie passagères dans sa gestion « maladie », une ligne de crédit lui est ouverte auprès de sa gestion « dépendance ».

Le paragraphe (2) reprend la disposition inscrite à l'article 41 de la loi budgétaire pour 2009 limitant la valeur de la lettre-clé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique.

Annexe 3 : Calendrier prévisionnel du projet de réforme de l'assurance maladie

7 octobre 2009	Réunion Quadripartite
12.10. – 11.12.2009	Elaboration de propositions de réformes dans les groupes de travail thématiques
15 décembre 2009	Date de finalisation des rapports des GT
04.01.-15.03.2010	Phase de clarification et d'approfondissement des propositions de réforme
Fin mars 2009	Rapport des conclusions
Début avril 2010	Réunion Quadripartite
Vers le 15 avril 2010	Finalisation de l'avant-projet de loi, discussion en Conseil de gouvernement, dépôt du projet de loi

**Courriers FLLAM et UCM-CNS
2008-2009**



SOCIÉTÉ LUXEMBOURGEOISE DE BIOLOGIE CLINIQUE a.s.b.l.
B.P. 2187 | L-1021 Luxembourg
Affiliée à la Fédération Internationale de Chimie Clinique

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
A l'attention de Monsieur le Ministre Mars Di Bartolomeo
Allée Marconi – Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg

Luxembourg, le 15 octobre 2006

Lettre recommandée

Objet : Propositions alternatives à la limitation à 12 actes opposables par ordonnance
Copie : Monsieur Robert Kieffer – Président de l'Union des Caisses de Maladie

Monsieur le Ministre,

Dans le cadre d'une issue de la procédure d'appel qui confirmerait la décision du Tribunal Administratif en première instance au sujet du litige opposant les Laboratoires Extra-Hospitaliers à l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et à l'Union des Caisses de Maladie, la Société Luxembourgeoise de Biologie Clinique (S.L.B.C) souhaite apporter des propositions alternatives concrètes afin que des mesures visant à réduire les dérives dans les dépenses de santé du secteur du diagnostic biologique, puissent être prises en partenariat avec les laboratoires extra-hospitaliers à travers une approche d' « économie médicalisée ».

En effet les laboratoires extra-hospitaliers souhaitent mettre à profit leur compétence médicale et scientifique afin de maintenir un haut niveau de qualité dans le diagnostic biologique tout en assurant un travail de formation continue des médecins pour conduire à une prescription expertisée et ciblée sur l'utile et le nécessaire.

Concrètement, la SLBC souhaite faire une proposition globale comprenant les points suivants :

1. Maintien de la tarification par les laboratoires privés des blocs d'analyses inscrits à la révision de la Nomenclature des actes depuis mai 2005. Le tarif de ces blocs est diminué de 10% par rapport à la somme des positions de tarification individuelle ce qui se traduit par une diminution de l'ensemble du coût des analyses dans le secteur privé de l'ordre de 2 à 3%, ces blocs d'analyses étant en effet très fréquemment effectués en routine
2. Baisse de la lettre-clé des actes de biologie médicale de 5%
3. Maintien d'un statu quo de toutes les conditions s'appliquant aux laboratoires extra-hospitaliers pendant une durée de 5 années pendant lesquelles les laboratoires extra-hospitaliers pourront mettre en pratique leur engagement vis-à-vis de la formation continue des médecins visant à mieux contrôler les dérives.
 - La SLBC désignera parmi ses membres titulaires des experts qui se mettront à la disposition du conseil scientifique pour élaborer un guide de bonne prescription des analyses de laboratoire. A ce titre, elle va contacter dans les plus brefs délais l'AMMD pour présenter un projet de guide de bonne prescription déjà rédigé en 2005. Ceci permettra un démarrage rapide des travaux préparatoires.
 - La SLBC va contacter également l'ALFORMEC pour organiser plusieurs ateliers de formation continue sur la prescription, l'interprétation et le suivi des analyses de biologie clinique pour les pathologies les plus courantes.
 - Le médecin prescripteur et le patient seront sensibilisés au coût des analyses par l'indication du tarif d'un bilan de biologie sur le compte rendu des résultats d'analyses ainsi que sur les antibiogrammes.

- ♦ La SLBC propose de développer en collaboration avec l'AMMD et le GIE Healthnet un système de prescription en ligne qui, sur base d'une ordonnance électronique standardisée, permettra de rendre tout à fait transparente la prescription, l'exécution et la facturation des analyses. L'ordonnance électronique réduira au moins en partie les prescriptions inutiles sur base d'algorithmes d'un système expert ainsi que sur base des antécédents du patient enregistrés sur un serveur central sécurisé.
- ♦ La SLBC approchera également les confrères du secteur hospitalier pour les intégrer dans le même objectif commun

4. Indexation de la lettre-clé des actes de biologie médicale afin de suivre l'évolution des index appliqués aux salaires (la Biologie Clinique est en effet le seul secteur des professionnels de la Santé à notre connaissance, à ne pas être indexé sur le coût de la vie ce qui représente une perte de 10% sur les 5 dernières années)

5. Analyse de la Nomenclature des Actes afin d'introduire des paramètres contribuant à une médecine préventive de qualité (moins coûteuse que la médecine curative) et de supprimer les actes obsolètes ou méritant une révision tarifaire (analyse du rapport coût/efficacité)

6. Rédaction par la SLBC d'un cahier des charges qui définit les critères justifiant l'introduction d'analyses complémentaires à l'initiative du biologiste et destinées à éclairer le médecin dans son diagnostic

7. Comparaison de coût entre les secteurs hospitaliers et extra-hospitaliers afin d'identifier les postes de charges pour l'Union des Caisses de Maladie

La SLBC voudrait insister sur le fait que la prise de conscience des médecins induite par la décision de limiter le remboursement à 12 positions de tarification par ordonnance persistera par la force des choses même si le règlement Grand-Ducal est amené à être abrogé par voie juridique.

La plupart des médecins ont compris le message et ont nettement diminué le volume de leurs prescriptions. Le choix des analyses prescrites apparaît en majeure partie plus judicieux et une certaine proportion de médecins procède plus systématiquement à un diagnostic par étapes. En pratique, au vu des résultats d'un premier bilan, les médecins transmettent au laboratoire une seconde ordonnance afin de compléter leur demande ou affiner leur diagnostic.

Cependant quelques médecins « irréductibles » n'ont pas remis en question leur façon de prescrire et ceci malgré le fait qu'ils aient été sensibilisés par plusieurs courriers des laboratoires privés.

L'application de la mesure de limitation de la prise en charge par l'UCM à 12 analyses par ordonnance s'est traduite pour les laboratoires privés en 2005 et 2006 par une baisse de 7 à 8 % du remboursement des analyses effectuées, ce qui a représenté une perte financière très importante. Conjugué à la diminution volontaire par les médecins du nombre de leurs prescriptions par ordonnance, le coût global des laboratoires du secteur extra-hospitalier a diminué de 16,3% en 2005 par rapport à 2004.

Pour 2006, on s'attend à une croissance relativement modérée d'environ 10%, imputable à une augmentation du nombre de patients venant faire leurs analyses dans les laboratoires privés et non à une augmentation du nombre d'analyses prescrites par ordonnance. Il est d'ailleurs à noter que le coût par ordonnance a nettement diminué, en effet la valeur moyenne d'une ordonnance en 2006 équivaut à celle relevée pour l'année 2000.

Nous sommes convaincus qu'il est d'une importance primordiale que tous les acteurs de la santé aient une approche constructive afin de préserver notre système de soins et la couverture sociale qui en résulte. Ainsi, il apparaît essentiel que le Ministère de la Santé, l'UCM et la SLBC s'associent dans cette démarche pour effectuer une analyse objective de la croissance des dépenses et de réfléchir ensemble aux moyens à mettre en œuvre afin de disposer d'indicateurs prévisionnels de l'évolution du secteur, d'évaluer le rapport coût/efficacité et la place croissante de la biologie médicale dans le cadre de la médecine préventive et de mettre en place les outils qui permettent d'identifier les dérives non maîtrisées et responsables de la mise en danger de la pérennité de notre système de soins. A ce niveau les outils informatiques actuels pourraient être d'une aide considérable.

Dans l'espoir que nos propositions retiendront votre attention, nous vous prions de croire, Monsieur le Ministre, en l'assurance de notre haute considération et de notre profond respect.

Pr Dr Ben Weber
Président de la SLBC
Laboratoires Réunis

Dr Jean-Luc Dourson
Laboratoires Ketterthill

Dr Jacky Talon
Laboratoire Forges du Sud

Madame Nicole Staquet
Laboratoire Staquet

UNION DES CAISSES DE MALADIE

Bureaux : L-1471 Luxembourg , 125, route d'Esch Tél.: 49 83 31-1 FAX.: 498332 e-mail: ucm@secu.lu
Adresse postale : Boîte Postale 1023 L-1010 Luxembourg Adresse internet : www.ucm.lu

Service Rexho
N.réf.: AN
Compétence de: N. ANTON
Appel direct: 498331-2620

SOCIETE LUXEMBOURGEOISE DE BIOLOGIE
CLINIQUE a.s.b.l.
B.P. 2187
L-1021 LUXEMBOURG

Luxembourg, le 24 janvier 2008

Objet: Adaptation de la valeur de la lettre-clé des actes et services des laboratoires d'analyses médicales.

Monsieur le Président,

Je reviens par la présente à notre accusé de réception du 27 juin 2007, ainsi qu'à votre courrier du 25 juin 2007 par lequel vous sollicitez l'ouverture des négociations concernant l'adaptation de la valeur de la lettre-clé prévue à l'article 67 du CAS de la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales pour l'année 2008.

Permettez-moi de vous rappeler que conformément à la loi du 22 juillet 2003, préconisant, qu'une négociation se fera dorénavant tous les deux ans, et que suite à notre lettre du 25 septembre 2003 adressée au président de votre société, la prochaine négociation pour l'adaptation de la lettre-clé se ferait pour l'année 2005, sur une demande à présenter avant le 1^{er} septembre 2004 par votre groupement.

Par la lettre du 21 juin 2004, la Société Luxembourgeoise de Biologie Clinique, bien que se trouvant dans la situation de droit de pouvoir demander une négociation de la valeur de la lettre-clé pour l'année 2005, a renoncé à cette négociation en maintenant pour les années 2005 et 2006 la valeur de la lettre-clé en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004.

Votre courrier du 29 juin 2006 y relatif visait dans son objet l'adaptation de la valeur de la lettre-clé des actes et services des laboratoires d'analyses médicales pour l'année 2007, mais vous avez cependant exprimé le souhait que la négociation ne porte pas sur l'adaptation de la lettre-clé, mais de discuter plutôt la possibilité

d'adapter la valeur de la lettre-clé à l'indice du coût de la vie à l'instar des autres prestataires dans le domaine médical.

En attendant le verdict de la procédure d'appel en cours devant le Tribunal Administratif opposant les laboratoires extra-hospitaliers à l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et à l'Union des Caisses de maladie, une entrevue n'avait pas été fixée. De ce fait aucune modification n'a été apportée aux tarifs en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004.

Afin de poursuivre les discussions entre nos deux parties, l'Union des caisses de maladie est disposée à accepter votre demande, visée à l'alinéa premier, comme ouverture de la procédure de négociation en vue de l'adaptation de la valeur de la lettre-clé pour les années 2009 et 2010.

Il serait d'un intérêt commun de trouver assez rapidement un accord sur le taux d'adaptation de la lettre-clé pour les années visées ci-dessus. Dépendant du résultat de cette négociation l'Assemblée Générale, fixée au 9 juillet 2008, pourrait alors se prononcer éventuellement sur l'abolition de la mesure de limitation de la prise en charge par l'assurance maladie à 12 positions par ordonnance.

La date d'une prochaine réunion de négociation pourrait être fixée selon les disponibilités des 2 parties.

Veillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments distingués.

Le président de l'Union des
caisses de maladie

J-M. FEIDER

UNION DES CAISSES DE MALADIE

Bureaux : L-1471 Luxembourg , 125, route d'Esch Tél.: 49 83 31-1 FAX.: 498332 e-mail: ucm@secu.lu
Adresse postale : Boîte Postale 1023 L-1010 Luxembourg Adresse internet : www.ucm.lu

Service Rexho
N.réf.: AN
Compétence de: N. ANTON
Appel direct: 498331-2620

SOCIETE LUXEMBOURGEOISE DE BIOLOGIE
CLINIQUE a.s.b.l.
B.P. 2187
L-1911 LUXEMBOURG

Luxembourg, le 9 avril 2008

Objet: Adaptation de la valeur de la lettre-clé des actes et services des laboratoires d'analyses médicales.

Monsieur le Président,

J'accuse réception de votre courrier du 10 mars 2008 relative à votre demande de connaître l'évolution de l'activité des laboratoires d'analyses médicales des différents secteurs (hospitaliers et extrahospitaliers) entre 2005 et 2007.

Veillez trouver en annexe les données pour les années 2005 et 2006, concernant les secteurs hospitaliers et extra-hospitaliers. Les chiffres relatifs à l'année 2007 ne sont pas encore entièrement disponibles et ceci malheureusement pour les deux secteurs. Une comparaison avec les données des années 2005 et 2006 ne peut donc pas ce faire.

Comme vous sollicitez également des renseignements concernant la variation du revenu moyen cotisable des assurés actifs entre les années 2005 et 2007, je suis au regret de devoir vous informer que l'Inspection générale de la sécurité procède au calcul du taux de progression du revenu moyen n.i. 100 pour les exercices 2005 à 2007, seulement au courant du mois d'août 2008.

Je dois cependant vous rendre attentif aux stipulations des articles 61, 66 et 67 du Code des assurances sociales, qui prévoient cette méthode uniquement pour l'adaptation des lettres-clés des médecins, médecins-dentistes et autres professions de santé.

Quant à la méthodologie arrêtée pour l'adaptation de la valeur de la lettre-clé pour les laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique la dernière phrase de l'article 67 détermine que la revalorisation ne saurait dépasser la variation de la moyenne de l'indice du coût de la vie entre la quatrième et la deuxième année précédant l'exercice en cause.

Veillez noter, a titre d'information, que la variation moyenne de l'indice du coût de la vie pour les années de 2005 à 2007 a été de 4,41% (668,46/640,24-1).

Une note sur la comparaison des frais et recettes dans les laboratoires hospitaliers pour l'année 2005 est également jointe à la présente.

J'ai l'honneur de vous inviter à une première réunion de négociation qui aura lieu

mardi, le 22 avril 2008 à 14 :30 heures

dans la salle N° 1 au rez-de-chaussée (près du Contrôle médical) du bâtiment de l'Office des Assurances Sociales.

Veillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments distingués.

Le président de l'Union des
caisses de maladie

(s.) J-M. FEIDER



d'Gesondheetskeess

Département Médecins et Autres Professions de Santé
Dossier traité par : N. ANTON

Tél. : 2757 - 4532

Luxembourg, le 26 janvier 2009

Nos références : na/10.04 - 126297

LABORATOIRE KETTER-THILL
Dr Jean-Luc DOURSON
37, rue Romain Fandel
L - 4149 Esch/Alzette

Objet : Tarifs des laboratoires d'analyses médicales valables à partir du 1er janvier 2009

Monsieur,

En vertu de l'article 41 de la loi du budget de l'Etat pour l'exercice 2009, publiée au Mémorial n°200 du 23 décembre 2008, la valeur de la lettre clé des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique a été fixée à 0,3557 avec effet au 1^{er} janvier 2009.

Je vous joins en annexe, pour information et gouverne les tarifs modifiés valables à partir du 1^{er} janvier 2009.

Ces tarifs peuvent également être consultés sur le site internet

<http://www.secu.lu>

dans la rubrique « Législation », « Assurance maladie ».

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Le président
de la Caisse nationale de santé

J.M. FEIDER



Fédération Luxembourgeoise
des Laboratoires d'Analyses
Médicales

**CAISSE NATIONALE DE SANTE
CONSEIL D'ADMINISTRATION**

*A l'attention de Monsieur le Président Jean-Marie FEIDER
et de l'ensemble des membres du Conseil d'Administration*
125, route d'Esch
L-2890 LUXEMBOURG

Esch-sur-Alzette, le 26 juin 2009

*Objet : Adaptation de la valeur-clé des actes et services des laboratoires d'analyses médicales
Copie : Monsieur Mars Di Bartoloméo, Ministre de la Santé*

Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs les Administrateurs,

Dans le cadre des articles 61, 66 et 67 du Code des Assurances Sociales, la Fédération Luxembourgeoise des Laboratoires d'Analyses Médicales (FLLAM) vous prie de bien vouloir lui communiquer les éléments suivants :

- variation du revenu moyen cotisable des assurés actifs entre les années 2006 et 2008
- variation de la moyenne de l'indice du coût de la vie pour les années 2006 à 2008

Par ailleurs, nous tenons à souligner que nous sommes toujours dans l'attente d'une prise de position de la CNS en particulier en ce qui concerne l'abolition de la limitation à 12 positions par ordonnance, suite à notre réunion du 13 mai 2009 et notre courrier du 20 mai 2009.

Avec nos remerciements, nous vous prions de croire, Monsieur le Président, en l'expression de notre considération distinguée.

Dr Jean-Luc Dourson
Président





d'Gesondheetskeess

Fédération Luxembourgeoise des
Laboratoires d'Analyses Médicales
A l'att. du Dr Jean-Luc Dourson
Président
B.P. 143
L - 4002 Esch/Alzette

Luxembourg, le 16 juillet 2009

V/réf. :

N/réf.: ~~109-129455~~ /2009/CN

Responsable: Claude Nilles ☎ 2757 - 4511

Objet : Adaptation de la lettre-clé des actes et services des laboratoires d'analyses médicales

Monsieur le Président,

En réponse à votre courrier du 26 juin 2009 concernant l'objet sous rubrique, je me permets de vous communiquer les éléments suivants :

Variation du revenu moyen cotisable des assurés actifs entre les années 2006 et 2008

Veillez noter que cette variation est déterminée normalement par l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale en vue des négociations tarifaires avec les professions de santé concernées. Or, comme il n'y aura pas de telles négociations pour l'année à venir, la variation en question n'a pas été établie d'office par l'IGSS.

Variation de la moyenne annuelle de l'indice du coût de la vie entre les années 2006 et 2008

Pour la période en question, la variation de la moyenne annuelle de l'indice du coût de la vie est de $682,39 / 653,52 - 1 = 4,42\%$.

A toutes fins utiles, je vous rappelle que conformément à l'art. 67 du Code de la Sécurité Sociale, l'adaptation de la lettre-clé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique se fait uniquement par référence au deuxième critère évoqué ci-avant.

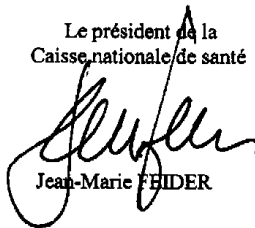
Aussi voudrais-je vous signaler qu'avant d'entamer d'éventuelles négociations quant à l'adaptation de la lettre-clé, il reste à clarifier la question de la représentativité des deux groupements professionnels existant actuellement dans le domaine des laboratoires.

En ce qui concerne une éventuelle abolition de la limitation des 12 positions par ordonnance, veuillez savoir que cette question n'est pas encore tranchée pour l'instant. A noter toutefois

qu'une éventuelle modification de cette disposition ne pourra se faire qu'en considération de la situation financière globale de l'assurance maladie.

Veuillez recevoir, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments très distingués.

Le président de la
Caisse nationale de santé

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jean-Marie FIDER', written over the typed name below.

Jean-Marie FIDER

COPIE

**CAISSE NATIONALE DE SANTE
CONSEIL D'ADMINISTRATION**

*A l'attention de Monsieur le Président Jean-Marie FEIDER
et de l'ensemble des membres du Conseil d'Administration*
125, route d'Esch
L-2890 LUXEMBOURG

Esch-sur-Alzette, le 29 octobre 2009

Objet : Evolution des activités des laboratoires d'analyses des secteurs hospitaliers et extrahospitaliers

Monsieur Le Président,

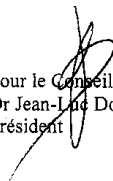
Mesdames et Messieurs les Administrateurs,

Faisant suite à la dernière réunion quadripartite du 7 octobre 2009, nous avons l'honneur de vous demander de bien vouloir nous faire parvenir les éléments suivants pour la période de référence 2004 à mi-2009 :

- évolution des activités des laboratoires d'analyses médicales des différents secteurs (hospitaliers et extrahospitaliers) en nombre d'actes détaillés selon les positions de nomenclature
- ventilation en nombres d'actes totaux pour le secteur extrahospitalier entre laboratoires privés et non privés (LNS, Croix Rouge, Centre Thermal Mondorf)
- évolution des frais fixes et des frais variables pour les laboratoires hospitaliers
- ventilation en nombre d'actes totaux entre activité ambulatoire et activité hospitalière pour les laboratoires hospitaliers

Avec nos remerciements, nous vous prions de croire, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les Administrateurs, en l'expression de notre considération distinguée.

Pour le Conseil d'Administration
Dr Jean-Luc Dourson
Président





Fédération Luxembourgeoise des
Laboratoires d'Analyses Médicales
A l'att. du Dr Jean-Luc Dourson
Président
B.P. 143
L - 4002 Esch/Alzette

Luxembourg, le 12 novembre 2009

V/réf. :
N/réf.: 10.04 - 101407 /2009/CN
Responsable: Claude Nilles ☎ 2757 - 4511

Objet : Demande de statistiques sur l'évolution des activités des laboratoires des secteurs hospitaliers et extrahospitaliers

Monsieur le Président,

En réponse à votre courrier du 29 octobre 2009 concernant l'objet sous rubrique, je suis au regret de vous informer qu'il n'est pas d'usage à ce que les éléments en question soient communiqués par la CNS à des tiers, d'autant plus qu'il s'agit de données ayant trait à deux secteurs potentiellement en concurrence.

Veuillez recevoir, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments très distingués.

Le président de la
Caisse nationale de santé

J.M.

Jean-Marie FEIDER

Courrier AMMD 11 Novembre 2008

Luxembourg, le 11 novembre 2008.

29, rue de Vianden

L-2680 LUXEMBOURG

Tél.: (352) 44 40 33-1 - Fax: (352) 45 83 49

22454/08/U/e

Monsieur le Ministre

Mars DI BARTOLOMEO

Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale

L-2935 LUXEMBOURG

COPIE

Monsieur le Ministre,

Les analyses de laboratoire représentent un coût important dans la médecine moderne.

L'accès aux analyses de laboratoire par le médecin au Grand-Duché de Luxembourg est actuellement très fragmentaire et peu structuré. Il est actuellement impossible de connaître tous les résultats d'analyses effectuées chez un même patient à moins d'avoir recours de façon systématique à un même laboratoire. Souvent les patients changent de laboratoire et certains résultats sont faits dans les laboratoires des hôpitaux lors d'une hospitalisation.

La prescription électronique est quasiment inexistante. Les programmes informatiques des différents laboratoires hospitaliers ou extrahospitaliers sont souvent disparates. La présentation des résultats d'analyse par les différents laboratoires est disparate et peu cohérente.

Un certain nombre d'analyses de laboratoire sont faites de façon redondante, par ignorance de leur existence, par l'application de bilan systématique en pré-opératoire. Certaines analyses ont besoin d'être faites deux fois dans la vie d'un individu, alors qu'ils existent une dizaine de fois au Luxembourg, hébergés sur différents serveurs.

Afin de remédier à cette situation, nous demandons l'instauration d'un serveur central de résultats de laboratoire sur lequel tous les laboratoires (hospitaliers, extrahospitaliers, étatiques ou autres) accrédités par l'UCM stockent leurs résultats. Ce stockage central permettra aux médecin(s) traitant(s) du patient d'avoir une vue d'ensemble de la biologie de leur patient et d'éviter les redondances.

L'accès se fera par le médecin disposant d'une signature électronique garantissant une confidentialité de l'accès.

Le développement de la prescription électronique permettra d'intégrer des modules intelligents évitant les prescriptions redondantes.

Cette approche pourra constituer un apport essentiel dans la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Les hôpitaux du Luxembourg, avec leurs 2400 lits, ont la grandeur d'un hôpital universitaire de taille moyenne. Il est courant, dans une telle structure, de disposer d'un laboratoire central avec des chaînes analytiques puissantes assurant toutes les analyses de laboratoire de cet hôpital universitaire. La distribution des résultats d'analyses se fait actuellement par voie informatique à partir d'un serveur central dans une telle structure.

Nous sommes étonnés qu'au Luxembourg n'existe aucune approche recherchant et favorisant une synergie de regroupement des laboratoires des différents hôpitaux. Nous sommes également étonnés qu'il n'existe aucune approche unique d'informatisation de ces laboratoires hospitaliers. Nous avons été étonnés d'apprendre que les différents laboratoires des hôpitaux vont être équipés avec de nouvelles chaînes analytiques sans qu'un effort substantiel de synergie et de regroupement des capacités analytiques n'ait eu lieu.

Nous demandons, Monsieur le Ministre, l'instauration d'un groupe de travail procédant à une analyse des possibilités de regroupement et de synergie des laboratoires des hôpitaux. Le fait de conserver maints laboratoires hospitaliers est un anachronisme historique, qui fait défi aux techniques modernes analytiques et à la distribution électronique des résultats.

Nous pensons que ce groupe de travail devra également procéder à l'analyse de l'activité et du rôle des laboratoires de l'Etat et de la Croix-Rouge.

Un serveur central d'analyses de laboratoire regroupant tous les résultats analytiques, une prescription électronique intelligente pour les analyses de laboratoire, une limitation du remboursement du nombre de certaines analyses de laboratoire, et un regroupement des laboratoires hospitaliers, de l'Etat et de la Croix-Rouge constituent un apport important dans le contrôle médicalisé des frais de santé.

L'AMMD mettra à votre disposition tout son savoir médical afin de réaliser une telle approche coordonnée.

En vous remerciant, nous vous prions, Monsieur le Ministre, d'agréer nos salutations distinguées.

Pour le conseil d'administration,

le président,

le secrétaire général,

Dr Jean Uhrig

Dr Claude Schummer

le vice-président,

Président de l'Association
des Médecins-Dentistes

Dr Nico Diederich

Copies : M. Jean Marie Feider, Président de l'UCM

M. Ernest Frieden, Président de l'EHL

