

GT N°3

LABORATOIRES

RAPPORT FINAL DU 12 MARS 2010

Président :	Fränk Gansen (MiSa)
Secrétaire :	Claude Nilles (CNS)
Membres du groupe :	Jean-Marie Mangen (consultant CNS), Mike Schwebag (MiSa), Claude Hemmer (MiSa), Gérard Scharll (DirSa), Marianne Scholl, Paul Schmit (IGSS), René Scheiden, Patricia Borde, Luc Hornick (LNS), Jean-Luc Dourson, Udo Margraff (FLLAM), Danielle Meunier, Georges Gilson (SLBC), Claude Schummer (AMMD), André Kerschen, Paul Junck, Raymond Lies, Hans-Joachim Schubert (EHL)

1. LA SITUATION ACTUELLE – OÙ EN SOMMES-NOUS?

- croissance soutenue des analyses de laboratoire
- surcapacités au niveau du personnel et des équipements
- systèmes de financement divergents pour secteur hospitalier et extra-hospitalier
- nomenclature des laboratoires ne correspond plus à la réalité scientifique et économique
- manque de transparence des coûts des analyses étant donné l'absence d'information des patients et des prescripteurs
- échange des données entre laboratoires et prescripteurs pas encore en place de manière généralisée
- rôle futur du LNS pas encore défini

2. QU'EST-CE QUE NOUS AVONS DÉJÀ FAIT?

- diminution des tarifs de 19,36% au 01.01.2009 pour les laboratoires extra-hospitaliers
- diminution des tarifs pour frais variables des hôpitaux (suite à l'étude Schellen)

3. QU'EST-CE QUI DOIT ÊTRE FAIT ?

Mutualisation des activités des laboratoires des hôpitaux

- laisser le système de financement actuel, en forçant toutefois les synergies entre hôpitaux
- à cet effet, création d'un Groupement d'Intérêt Economique¹ (GIE) pour assurer la gestion commune des activités de laboratoire des hôpitaux, avec pour but

¹ l'EHL établira un document pour mi-mars 2010 exposant ses vues en la matière

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

- une réduction des m2 occupés ;
 - une adaptation graduelle du nombre du personnel engagé (qui est actuellement d'environ 220 ETP) (rotation, départs, autres tâches,...);
 - une mise en commun des équipements lourds ;
 - un achat commun des réactifs ;
 - l'installation d'une plateforme informatique commune.
- définir des pôles de compétence pour chacun des trois acteurs hôpitaux, laboratoires privés et LNS

Se pose aussi la question de savoir quelles activités sont à considérer comme ambulatoires (bilans préopératoires, chimiothérapie, dialyse et fertilité sont-ils ambulatoires ou stationnaires ?).

Il est insisté par ailleurs sur le fait que la qualité des prestations doit être préservée peu importe la solution choisie.

Introduction de forfaits pour les activités stationnaires

- forfait pour prestations de laboratoire serait alors inclus dans le prix de la journée d'hospitalisation
- système applicable dans d'autres pays (Belgique, Allemagne)
- pas sûr qu'on économise des frais

Modification de la loi de 1984 sur les laboratoires

- la possibilité d'établissement sous forme de société commerciale devrait être prévue
 - pour avoir la transparence des résultats financiers
 - pour permettre aux laboratoires luxembourgeois de s'associer à des laboratoires étrangers
- pour ce qui est des points de prélèvement, il est retenu qu'il ne faudrait pas limiter leur nombre par une disposition législative ; il est considéré que le problème du nombre élevé de points de prélèvement se règlera par les forces du marché après adaptation des tarifs vers le bas
- il faudra voir si les laboratoires de recherche sont censés tomber dans le champ d'application de la loi

Modification du Rgd. du 30.01.2004 fixant la liste des analyses de laboratoire que les médecins peuvent effectuer dans leur cabinet médical

- envergure financière limitée

Modification du CSS

- modifier l'art. 65 pt. 11 en enlevant l'effet de neutralisation :
 - « Les effets de la modification du coefficient d'un acte sont neutralisés par une adaptation correspondante de la lettre-clé qui s'ajoute à celle prévue à l'art. 67 et qui se base sur le nombre des actes et services de l'avant-dernier exercice. »

Révision de la convention CNS - laboratoires

- adapter la convention à la réalité actuelle et aux évolutions prévisibles, notamment en matière de

- l'identification des personnes protégées (accès au système RA)
- la transmission des données à la CNS (ordonnance sous format électronique)
- transferts d'analyses entre laboratoires (au Luxembourg ou à l'étranger)
- la liste des analyses ne pouvant être réalisées au Luxembourg
- ...

Révision de la nomenclature des laboratoires

- adapter la nomenclature à la réalité scientifique et économique
 - revoir les actes à inclure dans la nomenclature et les limitations de prise en charge, notamment en matière de
 - groupes sanguins – Rhésus (limitation de la prise en charge aux cas des transfusions)
 - prises de sang à domicile (limitations à revoir)
 - redéfinition des bilans
 - prise en charge des marqueurs tumoraux uniquement dans le secteur hospitalier
 - suppression des blocs d'analyses
 - limitation de la prise en charge de certaines analyses (max. annuel, journalier, ...)
 - revoir l'utilisation des blocs conditionnels
 - réserver certaines analyses (en hématologie) au LNS resp. à la Croix-Rouge
 - ...
 - adapter les tarifs à la réalité économique (coûts réels + marge bénéficiaire)
 - tenir compte des progrès techniques réalisés
 - prendre expertise à l'étranger (Suisse ?) pour modification de la nomenclature

Limitation de la prise en charge à 12 positions par ordonnance

- en l'état actuel des choses, il n'est pas envisagé d'abolir la limitation à 12 positions, à moins qu'une compensation de l'augmentation des dépenses ne soit trouvée
- il est remarqué qu'à cause des blocs d'analyses regroupés sous un seul code de la nomenclature, la limitation des 12 est déjà dépassé actuellement

Tiers payant

- manque de transparence des coûts pour les patients
- si abolition du tiers payant, alors charge administrative accrue pour la CNS
- tiers payant justifié pour certaines maladies chroniques
- tiers payant justifié pour les assurés à moindre revenu

Information des assurés

- informer et sensibiliser le patient sur sa consommation
- campagne de sensibilisation du grand public sur utilisation rationnelle des prestations de laboratoire

Participation des assurés

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

- la possibilité d'une participation du patient est évoquée, reste à savoir sous quelle forme elle devrait se faire (soit en pourcentage, soit en montant fixe par acte ou par prélèvement)
- ne devrait se faire le cas échéant qu'après une diminution des tarifs, vu les marges élevées actuelles
- pas possible de le faire uniquement pour le secteur extrahospitalier : se heurte aux systèmes de financement différents dans les secteurs hospitalier et extrahospitalier
- la participation d'1 Euro / acte p. ex. se justifierait par la commodité offerte au patient (proximité des points de prélèvement, collation offerte)
- on ne devrait pas prélever de participation au patient en cas de maladies chroniques

Actions sur les prescripteurs

- informer les médecins sur leur profil de prescription
- il est évoqué l'idée de limiter les prescriptions de certains actes à certaines spécialités de médecins

Contrôles

- intensifier les contrôles : donner compétence médicale à la CNS pour ce faire
- mettre des freins à la surconsommation et aux redondances

Echange électronique des données entre prescripteurs et laboratoires

- assurer la coordination des initiatives existantes (projet EHL, projet E-Santé, solutions des laboratoires privés)
- avoir accès aux données historiques du patient et réduire ainsi les analyses redondantes (sous réserve des obligations en matière de protection des données)

Redéfinition du rôle du LNS

Constat :

Actuellement le LNS n'effectue quasiment plus d'analyses médicales de routine

On constate de même un transfert important des analyses ambulatoires des laboratoires d'hôpitaux vers ceux du privé (choix du patient).

Réorientation de l'activité du LNS :

Une réorientation des activités futures du LNS (sous un nouveau statut ou non) pourrait s'articuler autour des axes suivants :

Santé publique et épidémiologie – veille sanitaire : collecter traiter et mettre à disposition des données épidémiologiques dans certaines pathologies.

A noter dans ce contexte qu'un accord de principe de la part des laboratoires privés existe déjà pour notifier pour des pathologies fixées par voie réglementaire les cas positifs et d'en fournir aussi les échantillons afin d'effectuer une double lecture (souci d'assurance qualité). Les échantillons seraient centralisés au LNS et à disposition d'autres prestataires potentiels du secteur.

Le LNS en tant « qu'acteur neutre » pourrait ainsi remplir le rôle de laboratoire national de référence pour certaines maladies.

Points à discuter dans ce contexte :

- Afin de préserver le savoir faire technique dont doit indispensablement disposer un laboratoire de référence, un certain volume d'analyses de routine devra être réalisé au LNS.
- Est-ce qu'il serait opportun et/ou utile de définir et fixer certains actes qui seraient réservés au LNS (mission de santé publique ?) et des types d'analyses à confier dans un souci de masse critique à seulement un prestataire ?
- Quels sont les moyens dont le LNS devra disposer pour appuyer les missions du Luxembourg dans la cadre de ses relations et obligations envers l'ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) ?

4. OÙ EST-CE QUE NOUS NOUS SITUERONS EN 2015 ?

- réduction du nombre de laboratoires hospitaliers
- mutualisation des activités des laboratoires des hôpitaux au sein d'un GIE
- nouvelle nomenclature des actes de laboratoire et adaptation des tarifs (⇒ abolition parallèle de la limitation de la prise en charge à 12 positions par ordonnance)
- échange électronique généralisé des données entre laboratoires et prescripteurs
- mise en place de la réorientation du LNS

5. QU'EST-CE QUE NOUS POURRONS RÉALISER JUSQU'EN 2011 ?

- modification de la loi de 1984 sur les laboratoires
- modification du CSS (art. 65 pt.11)
- création d'un GIE pour la mutualisation des activités des laboratoires hospitaliers
- révision de la convention CNS – laboratoires
- information des assurés et des prescripteurs sur les coûts générés
- intensification des contrôles par la CNS
- redéfinition du rôle du LNS

Validation du président de groupe de travail

Signature

ANNEXE 1 : PRISE DE POSITION DE LA FLLAM

COMMENTAIRES DU RAPPORT FINAL « PROVISoire » DU 13.02.2010 GT3 LABORATOIRES / EHL / FLLAM / SLBC / AMMD

- La FLLAM réitère son souhait de voir aboutir le projet e-Santé Labo dans un bref avenir afin de mutualiser l'information médicale à l'échelle nationale dans un cadre respectant la confidentialité et la protection des données du patient. La FLLAM propose que le pilotage et la gestion d'un tel système puissent s'inscrire dans une extension du GIE Healthnet en y faisant apparaître tous les acteurs concernés, à savoir l'AMMD, la CNS, le Ministère de la Santé, l'EHL et la FLLAM ainsi que les P&T Luxembourg pour l'aspect technique de connectivité et d'accès au réseau. La récente intégration de la Croix Rouge au programme e-Santé complète la participation de tous les prestataires de soins à un objectif commun consistant à fournir au médecin-clinicien toutes les informations utiles à la prise en charge du patient et à une réduction des redondances de prescription.

- En page 2, il apparaît la proposition d'introduction de forfaits pour les activités stationnaires. Faut-il comprendre à travers cette proposition que les laboratoires des hôpitaux cesseront leur activité ambulatoire ? La FLLAM insiste sur un élément essentiel du projet de réforme et qui concerne la clarification des missions entre les 2 secteurs privé et hospitalier. Pour ce faire, la définition des actes de biologie médicale ambulatoires et stationnaires s'avère nécessaire. A partir de ce pré-requis, il n'y a plus lieu de procéder à des tentatives de comparaison de modes de financement entre les 2 secteurs qui se retrouvent non plus concurrents mais complémentaires dans leur rôle de prise en charge du patient. Sur cette base, des pôles de compétences peuvent ensuite être déployés.

- La FLLAM revient sur un point qui n'a fait l'objet d'aucun commentaire jusqu'à présent et qui concerne le projet de modification du Code des Assurances Sociales (page 2) au niveau de son article 65 pt. 11.
L'article 66 du Code des Assurances Sociales (CAS) introduit le principe de l'indexation des tarifs des prestataires libéraux à l'échelle mobile des salaires. L'introduction d'une telle adaptation tient compte en effet du fait que les prestataires de soins ont à supporter des coûts professionnels, adaptés au coût de la vie tels que, sans être exhaustifs, les achats, les loyers et les salaires, alors que cette revalorisation n'est prise en compte qu'avec un retard sensible au moment des négociations tarifaires. Sur base de ce principe, il s'ensuit que la valeur de la lettre-clé des prestataires de soins suit les adaptations indiciaires d'après le mécanisme décrit dans la législation concernant la revalorisation du salaire social minimum et l'adaptation des traitements et pensions. En effet, le Code du Travail (Art. L-222.2 et L.222.3) assimile la revalorisation au terme « relèvement ».
Dans l'article 67, afin de garantir une certaine maîtrise des coûts, le Gouvernement a introduit un plafond pour la négociation des tarifs. Contrairement aux autres professions de santé (médecins, médecins-dentistes, infirmiers, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, psychomotriciens et orthophonistes), les laboratoires d'analyses médicales ne bénéficient pas de l'indexation automatique et le plafond utilisé est celui de l'augmentation moyenne de l'indice du coût de la vie entre la 4^{ème} et la 2^{ème} année précédant l'exercice en cause. A titre d'illustration, selon les données transmises par la CNS, la variation de la moyenne annuelle de l'indice du coût de la vie pour les années 2006 à 2008 est de +4.42%. L'article 67 parle expressément d'une revalorisation de la lettre-clé. En d'autres termes, la terminologie employée par le législateur vise en principe uniquement une augmentation de la valeur de la lettre-clé et non pas une diminution de celle-ci, pour autant que cette augmentation ne dépasse pas le plafond calculé.
Pour mémoire, la valeur de la lettre-clé des actes de laboratoires a été fixée dans la loi budgétaire 2009 et 2010 par dérogation au Code des Assurances Sociales, qui pourtant ne prévoit pas en l'état de procédure dérogatoire mais une procédure de médiation qui n'a jamais été mise en œuvre.

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

L'article 65 dispose actuellement que les effets de modification de la nomenclature des actes de biologie médicale puissent être neutralisés par une adaptation de la lettre-clé qui est à assimiler à une revalorisation selon les éléments qui précèdent. Le fait de procéder au retrait de l'effet de neutralisation prévu à l'article 65 pt.11, empêche toute revalorisation de la lettre-clé en cas de modification de la cotation des actes de nomenclature. La fixation combinée de la valeur de la lettre-clé par la voie de la loi budgétaire, prive de fait les laboratoires extra-hospitaliers de toute procédure de négociation conventionnelle ce qui est en totale contradiction avec l'égalité de traitement des prestataires de soins par la CNS. En conséquence, la FLLAM ne peut valider la modification de l'article 65 du CAS telle que proposée dans le rapport final « provisoire » et s'y oppose dès lors que la procédure de négociation n'a pas été clairement exposée dans une adaptation de la convention entre FLLAM et CNS.

- La FLLAM constate que certains éléments nouveaux apparaissent alors qu'ils n'ont pas fait l'objet de discussions lors de la réunion du 3 février dernier. Ainsi nous pouvons citer la proposition de prise en charge des marqueurs tumoraux uniquement dans le secteur hospitalier. Une telle proposition ne relève d'aucune argumentation objective car la prise en charge n'est pas liée à une problématique de secteur d'activité mais de contexte clinique. Ainsi il conviendrait plutôt de définir dans quel contexte médical une telle prise en charge est envisagée par la CNS, au même titre que les groupes sanguins dans le cas de bilan préopératoire, de transfusion, de grossesse.
- D'une manière plus générale, le chapitre relatif à la révision de la nomenclature des actes de biologie médicale soulève un certain nombre de remarques. Si une telle voie est envisagée, elle ne peut se concevoir que dans un contexte où
 - Il est fait abstraction de toute considération relative à la marge bénéficiaire garante de la capacité d'autofinancement des laboratoires privés qui ne disposent d'aucune aide et subvention étatique. Cette capacité d'autofinancement est directement liée à la qualité actuelle et future des soins prestés.
 - Une clarification des missions de prise en charge des patients ambulatoires et stationnaires ait été faite entre le secteur privé et hospitalier.
 - Une analyse de benchmark inter-pays ait été réalisée en tenant compte de la structure des frais propre à chacun des pays. En d'autres termes, un benchmark, dans le but de comparer les nomenclatures des actes de biologie médicale de différents pays européens (y compris la Suisse), n'est recevable qu'en y intégrant une pondération par l'index des prix à la consommation harmonisé (IPCH).
- La FLLAM s'oppose à l'idée de limiter les prescriptions de certains actes à certaines spécialités médicales. La responsabilité médicale étant assurée par le médecin, il doit de fait disposer librement de tous les outils de diagnostics adaptés à la prise en charge du patient.
- Dans l'alinéa relatif à la participation des assurés, il est fait mention que cette participation ne devrait se faire qu'après une diminution des tarifs. Or pour mémoire, celle-ci a déjà eu lieu le 1/1/2009 à hauteur de -19.35%. De plus, dans cette même phrase, un lien automatique est fait entre la diminution des tarifs et les « marges élevées actuelles ». La FLLAM s'étonne que de tels arguments puissent apparaître comme un postulat dès lors qu'aucune preuve n'est apportée pour les valider. La FLLAM s'oppose catégoriquement à entrer dans un débat relatif à la marge bénéficiaire d'une entreprise. Il y a lieu de recentrer les réflexions sur le coût global respectif de chacun des secteurs. Celui du secteur extrahospitalier est connu, soit 39.8 millions d'euros en 2008. Force est de constater que celui du secteur hospitalier reste inconnu en l'absence de comptabilité analytique des frais fixes attribués par la CNS.
- La FLLAM réitère son avis négatif sur le maintien au LNS d'une activité de routine et sur la mise en place d'actes réservés dans un souci de masse critique.

Dr Jean-Luc Dourson
Président