



CHAMBRE DES DÉPUTÉS

Session ordinaire 2010-2011

MB/TB/AF

Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

Procès-verbal de la réunion du 28 octobre 2010 (à 10.00 heures)

ORDRE DU JOUR :

- 6196 Projet de loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant:
1. le Code de la Sécurité sociale;
 2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers
- Rapporteur : Madame Lydia Mutsch
 - Entrevue avec une délégation de l'Association des médecins et médecins-dentistes
 - Entrevue avec une délégation du Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois
 - Entrevue avec une délégation de la Fédération luxembourgeoise des laboratoires d'analyses médicales

*

Présents : Mme Sylvie Andrich-Duval, M. Félix Braz, M. Jean Colombera, Mme Claudia Dall'Agnol, Mme Lydie Err, M. André Hoffmann, M. Jean Huss, M. Lucien Lux, Mme Martine Mergen, M. Paul-Henri Meyers, Mme Lydia Mutsch, M. Jean-Paul Schaaf, M. Marc Spautz, M. Carlo Wagner
M. Gast Gibéryen, observateur

M. Frank Gansen, Ministère de la Santé
M. Paul Schmit, Inspection générale de la Sécurité sociale

Dr Jean Uhrig, Dr Claude Schummer, Dr Aduccio Bellucci, Dr Jill Koullen, Dr Nico Diederich, M. Patrick Weyland, Me Gast Neu, de l'Association des médecins et médecins-dentistes

M. Théo Thiry, M. Raymond Boever, M. Alain Engel, Mme Joséane Martens-Paulus, Mme Marianne Meyers, du Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois

M. Claude Bizjak, Mme Netty Klein, de la Fédération luxembourgeoise des laboratoires d'analyses médicales

M. Martin Bisenius et Mme Tania Braas, Administration parlementaire

Excusé : M. Eugène Berger

*

Présidence : Mme Lydia Mutsch, Présidente de la Commission

*

6196 Projet de loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant:
1. le Code de la Sécurité sociale;
2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers

La commission procède à l'audition des principales organisations représentatives siégeant au sein de la quadripartite.

1) Audition des représentants de l'Association des médecins et médecins-dentistes

Dans le cadre de son exposé introductif, le président de l'AMMD Dr Jean Uhrig fait distribuer aux membres de la commission un dossier synoptique juxtaposant le projet gouvernemental et les commentaires et propositions de texte de l'association représentative des médecins et médecins-dentistes. Un résumé des principales revendications de l'AMMD est joint en annexe (annexe 1).

L'AMMD a formulé ses critiques et propositions en raisonnant par rapport au système du conventionnement obligatoire tel qu'il s'applique au Luxembourg. Dans le cadre de ce système, il a été jusqu'à présent d'une importance primordiale que l'AMMD ait pu négocier aussi bien avec la Caisse nationale de la Santé (CNS) qu'avec l'Entente des Hôpitaux (EHL) sur base d'une relation équitable de partenaires, animés de part et d'autre par un esprit de participation.

C'est sur cette base qu'a pu être négocié avec l'EHL, entre autres, le contrat type d'agrément des médecins au niveau des hôpitaux. La seule approche possible dans un système de conventionnement obligatoire est précisément celle de négociations, dans le but d'arriver à un consensus. L'AMMD n'a jamais adopté une attitude irresponsable sous forme d'exigences démesurées, mais a toujours privilégié la voie d'une solution négociée.

Or, de l'avis de l'AMMD, cet esprit de participation est tout simplement remis en question par la philosophie générale du projet, ce qui inévitablement aboutirait également à la fin du conventionnement obligatoire.

Ainsi l'AMMD se prononce pour le maintien de la Commission de surveillance dans ses attributions et sa composition actuelle. Cette commission a en principe bien fonctionné en prenant des décisions bien réfléchies et pondérées, un seul litige ayant été porté devant le Conseil arbitral durant la dernière décennie. Toutefois l'absence de nomination par le Ministre d'un magistrat président durant trois ans a engendré une accumulation de dossiers et de problèmes restant à évacuer.

Dans un même ordre d'idées, l'AMMD se prononce pour la mise en place d'une commission de nomenclature avec représentation paritaire de l'AMMD, et sans ingérence par les fonctionnaires du Ministère de la Santé. Il faut être conscient du fait que chaque pays a une autre nomenclature, ce qui interdit de faire un amalgame entre la codification internationale et la question de la fixation d'un prix pour les différentes prestations.

La définition des prestations médicales doit ressortir essentiellement de la compétence des représentants médecins au sein de cette commission et la détermination des prix à apposer aux différentes prestations relève de négociations avec la CNS, sans ingérence extérieure.

Au regard du conventionnement obligatoire des médecins, la composition paritaire de la commission de nomenclature, appelée à fixer les prix des prestations médicales, est une condition indispensable au bon fonctionnement du système. La profession médicale à vocation essentiellement libérale, ne peut accepter le carcan du conventionnement obligatoire, opposable d'office à tous les médecins, qu'à condition que toute ingérence inacceptable dans un domaine essentiellement conventionnel soit évitée.

L'AMMD considère également comme étant diamétralement contraire à l'esprit de bonnes relations entre partenaires devant présider à un système de conventionnement obligatoire, le fait que dorénavant, en cas d'échec de la procédure de médiation sur les dispositions conventionnelles obligatoires, il appartiendrait au ministre d'arrêter les dispositions afférentes. Selon l'AMMD, ce mécanisme constitue une véritable incitation à la Caisse nationale de Santé de faire systématiquement échouer les négociations sur ces matières conventionnelles pour transférer ainsi le véritable pouvoir décisionnel au ministre.

Le secrétaire général de l'AMMD le Dr Claude Schummer ajoute que la convention conclue avec la CNS règle des aspects importants de l'exercice de la médecine libérale, ce qui ne pose pas problème aussi longtemps que cette réglementation est arrêtée d'un commun accord. Or, le pouvoir décisionnel que le projet tend à reconnaître dorénavant au ministre en cas d'échec de la médiation, implique que les médecins pourraient à l'avenir se voir imposer unilatéralement des contraintes incompatibles avec le libre exercice de la médecine. A titre d'exemple, on peut citer les références médicales opposables qui constituent en quelque sorte des lignes directrices de traitement de patients atteints d'une même pathologie. Or, il convient de faire preuve d'une très large prudence face à ce genre de standardisation des traitements, qui s'oppose à l'indispensable approche individuelle devant guider la médecine.

L'AMMD s'oppose à se voir imposer ce genre de standards dont il est démontré qu'ils ne respectent souvent pas les besoins individuels du patient et qu'ils peuvent même engendrer une discrimination en fonction du sexe ou de la race du patient. A l'avenir, en cancérologie par exemple, la démarche à suivre se situe exactement à l'opposé dans la mesure où les thérapies pourront être adaptées individuellement au patient en fonction de prédispositions génétiques. L'AMMD s'oppose à toute tentative d'introduire une médecine standardisée "à la chaîne". Sous cet angle de vues, la question du conventionnement obligatoire dépasse donc largement les aspects purement financiers, mais touche aux fondements d'une médecine de qualité.

Depuis la réforme de 1992, la masse des honoraires des médecins est fonction de la masse salariale cotisable et est essentiellement influencée par deux facteurs, à savoir le nombre des prestations et l'évolution de la démographie médicale.

Or, au cours des dernières années la démographie médicale a augmenté de façon substantielle, ceci notamment en raison des besoins nés de la mise en place respectivement de l'extension d'infrastructures hospitalières modernes.

Au cours des dernières années, le corps médical a dû subir et absorber en quelque sorte dans sa masse d'honoraires les effets de cette augmentation dans le cadre des négociations avec la CNS. Ainsi si le revenu moyen d'un médecin a représenté encore 100 points en 2005, il n'était plus que de 94 en 2007 (suivant données statistiques disponibles auprès de la CNS).

Il est vrai que la fixation de la masse des honoraires respecte l'évolution démographique de la population. Cependant l'AMMD est sans moyen d'intervention aucun en ce qui concerne l'évolution de la démographie médicale, surtout si cette dernière se trouve encore "stimulée" par des décisions ministérielles concernant l'acquisition d'appareillages médicaux lourds. Aussi faut-il savoir que l'agrégation d'un médecin supplémentaire en milieu hospitalier est accompagnée en moyenne par l'engagement de 9 salariés (assistants médicaux et techniques, secrétariat, etc.) ce qui a évidemment pour effet de gonfler le coût du système.

Selon l'AMMD, depuis la réforme de 1992, la situation juridique du conventionnement obligatoire a fondamentalement changé suite aux arrêts de la Cour de Justice des Communautés européennes Kohll et Decker du 28 avril 1998. Cette jurisprudence permet à l'assuré, certainement en traitement ambulatoire, à se faire rembourser par la CNS, sans autorisation préalable, des prestations de santé lui dispensées à l'étranger. Cette jurisprudence a eu comme effet que la situation concurrentielle des médecins luxembourgeois enfermés dans le carcan rigide du conventionnement, ne repose plus sur des bases équitables par rapport aux confrères étrangers et s'est par conséquent dégradée.

Le président de l'AMMD Dr Jean Uhrig considère qu'une erreur logique dans la philosophie générale du projet réside dans le lien artificiel, qu'il tend à instituer dans un système de médecine libérale entre la situation économique de l'assuré patient et la prestation médicale à offrir.

Le médecin défend en tout état de cause l'intérêt du patient et offre à ce titre la meilleure prestation possible, y compris par exemple le choix du matériel technique. Il peut arriver que la situation financière du patient ne permet pas d'assumer ce choix. Or ce problème, à traiter à un autre niveau, n'a rien à faire avec la prestation médicale elle-même dont l'offre et la responsabilité doivent rester dans la compétence exclusive du médecin.

Ainsi dorénavant la direction d'un hôpital, dans le but de comprimer les frais variables, sera tentée de s'ingérer, par exemple dans le choix du matériel d'une prothèse, plus ou moins sophistiquée, sans toutefois prendre la responsabilité de ce choix qui continuera de devoir intégralement être assumée par le médecin.

D'où la nécessité d'opérer un choix fondamental, à savoir soit préserver l'exercice libéral de la médecine et laisser au médecin, sous sa responsabilité, la liberté des choix thérapeutiques et techniques dans l'intérêt du patient, soit doter les médecins du statut de salariés de la CNS qui devrait dans cette hypothèse également endosser une large part de responsabilité par rapport au patient.

Il faudra opter pour l'un ou l'autre modèle, toute solution intermédiaire n'étant tout simplement pas faisable.

Quant aux filières de soins que le projet de réforme propose d'instituer, l'AMMD remarque qu'il s'agit d'un système de prise en charge thérapeutique collective du patient avec responsabilité collective pour une pathologie déterminée, calqué sur un système analogue introduit en France sous le Gouvernement Jospin (1997 - 2002). Ce système n'a pas fonctionné en France et a été remplacé en 2004 par le "parcours de soins" qui tout en garantissant au patient de bénéficier des meilleures pratiques préserve son libre choix et lui permet de décider lui-même sur différentes possibilités s'offrant à l'intérieur de son parcours

de soins. L'AMMD doit dès lors exprimer son étonnement que le Gouvernement luxembourgeois propose à présent de reprendre un système dont l'impraticabilité a été démontrée en France et qui s'y trouve aboli depuis 2004.

A ce niveau encore, l'AMMD doit récuser la tentative que l'on retrouve dans de nombreux articles du projet de restreindre, par toutes sortes de mécanismes plus ou moins coercitifs, l'exercice libéral de la médecine.

N'acceptant pas le système de filières de soins telles que définies par le projet de loi, l'AMMD rejette également l'idée de centres de compétence dans la conception préconisée par ce même projet. Le centre de compétence tel que prévu par la réforme s'identifie en fin de compte à un ensemble de filières de soins. Il en reprend également l'esprit de restriction à la liberté thérapeutique du médecin et à la liberté de choix du patient. Le modèle de centre de compétence proposé par le projet de loi table encore sur l'idée de responsabilité collective dont le caractère ingérable a été démontré à l'étranger.

L'AMMD en appelle donc au bon sens des responsables politiques de s'inspirer d'un modèle actuellement existant, performant et faisant preuve d'excellence à tous les égards, à savoir celui de l'INCCI. Cet institut fonctionne à la satisfaction générale à l'intérieur du système de médecine libérale; il n'y a pas de prise en charge collective, mais le patient reste libre de choisir le médecin qui assure les soins sur base individuelle et en assume la responsabilité. A citer au même titre - avec certaines restrictions - la chirurgie cardiaque, le Centre Baclesse de radiothérapie et le Centre de réadaptation fonctionnelle "Rehazenter".

Le Dr Jill Koullen, président du cercle des médecins-généralistes, après avoir rappelé que les membres de son association participent à l'action syndicale de l'AMMD, souligne que depuis des années son association œuvre en faveur d'une revalorisation de la fonction de médecin-généraliste, ceci non pas prioritairement au plan financier, mais au niveau de la qualité de la prise en charge du patient. De par sa vocation profonde, le médecin-généraliste est en charge des soins de santé primaires, ceci en ne négligeant pas la "dimension psychologique et social" du patient. Si au cours des dernières années, les fonds débloqués ont été essentiellement investis dans la médecine secondaire spécialisée, il a toutefois pu être démontré qu'au niveau de l'efficacité, la médecine générale - et donc un système basé sur les soins primaires -, est pour le moins équivalent à la médecine spécialisée. Le renforcement des soins primaires pourrait être avantageux pour toutes les parties: pour le patient en ce qui concerne la qualité des soins et pour le système sous forme d'économies éventuelles.

Chaque patient devrait disposer d'un médecin généraliste auprès de qui il pourrait prioritairement "déposer" son problème de santé. L'expérience montre que 90% environ des problèmes de santé peuvent être résolus à ce premier niveau de prise en charge. Si tel n'est pas le cas, le médecin-généraliste est censé mettre au point ensemble avec son patient un parcours de soins (analyses, examens-imageries, avis d'un spécialiste) en assumant pendant ce parcours pour le patient la fonction de guide et d'instance de confiance.

Il est vrai que ces idées ne sont pas étrangères à la notion de médecin référent telle que proposée par le projet. Toutefois, le cercle des médecins-généralistes craint que la fonction de médecin référent ne soit en fin de compte autrement interprétée et pourrait servir - du moins implicitement - à des fins de contrôle. La lecture attentive du projet gouvernemental inspire aux médecins-généralistes l'appréhension qu'il ne soit abusé de la fonction de médecin référent pour octroyer à ce dernier un rôle de contrôle du patient. Le médecin référent pourrait se voir obliger à garantir l'absence d'abus dans le chef du patient et risquer des sanctions s'il ne répondait pas à cette obligation. Or, le médecin généraliste peut certes conseiller au patient, par exemple de renoncer à des examens supplémentaires, mais le patient doit en dernière instance rester libre de décider lui-même sur ce genre de questions.

Le rôle de médecin généraliste doit rester limité à cet égard à une fonction d'information et de conseil. Les médecins généralistes craignent qu'implicitement le projet ne table sur des économies pouvant ou devant être réalisées par le biais de la fonction de médecin référent et que ces économies ne doivent servir à rémunérer les prestations du médecin-généraliste en sa qualité de médecin référent. Le médecin-généraliste-référent se retrouverait ainsi dans un système de bonus-malus inacceptable. Voilà pourquoi, les médecins-généralistes souhaitent connaître au préalable la rémunération attachée aux prestations spécifiques de cette fonction.

Plus concrètement, les médecins-généralistes expriment encore la crainte qu'ils ne puissent plus garantir le secret professionnel et la confidentialité de leurs relations avec le patient, compte tenu de l'application qui pourrait être donnée en pratique au troisième tiret de l'article 19bis du projet ainsi libellé: "*de suivre régulièrement le contenu du dossier de soins partagé de l'assuré visé à l'article 60quater*". Dans cette hypothèse, toute relation de confiance avec le patient se trouverait anéanti.

*

En fin de réunion, le président de l'AMMD mentionne d'autres critiques concernant les points centraux suivants:

- l'ingérence totalement inacceptable du Contrôle médical dans le traitement du patient;
- la création d'organismes de supervision dépendant exclusivement du Ministère de la Sécurité sociale, ce qui est caractéristique d'une vision exclusivement économique du système. Ceci est aussi contraire p.ex. au statut de la Haute Autorité de Santé en France qui est indépendante et qui ne néglige pas la dimension médicale des problèmes;
- la remise en cause - coupable et irresponsable selon l'AMMD - du secret médical;
- le remplacement de la notion de revalorisation des tarifs dans la législation actuelle par celle d'adaptation, expression permettant également des abaissements en fonction de la situation économique;
- la généralisation inacceptable du tiers payant pour les honoraires médicaux à l'hôpital.

Pour conclure, l'AMMD rejette le projet de loi en ce qu'il représenterait le passage d'un système conventionnel, sur base de l'exercice libéral de la médecine, vers un système réglementé. Il s'agirait donc d'un changement fondamental de système que l'AMMD se doit de récuser vigoureusement.

L'AMMD est disposé à reprendre le dialogue, fût-ce sous forme écrite, avec les auteurs du projet de loi, à condition que ces derniers soient à leur tour prêts à renoncer au diktat qui a prévalu jusqu'à présent.

2) Audition des représentants du Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois

Le Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois a communiqué à la Chambre des Députés un résumé de ses principales doléances et propositions. Ce document a été transmis aux membres de la commission et figure à l'annexe 2 du présent procès-verbal.

En guise d'introduction, le Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois informe la Commission que:

- lors d'une entrevue avec le Ministre de la Sécurité sociale, ce dernier lui a signalé qu'il est conscient du problème concernant l'abattement accordé par les pharmaciens à la CNS et que le taux actuel de l'abattement ne subirait pas de modifications;
- pour établir les prévisions des coûts des produits pharmaceutiques pour l'année 2010, l'IGSS s'est basée sur les chiffres de 2009 (160 millions d'euros) et les a majorés de 5,5%, ce qui correspond à 169 millions d'euros. Force est de constater que ces estimations sont fausses, étant donné que le taux de croissance des frais pour produits pharmaceutiques s'élevait de janvier à août 2010 seulement à 0,58% et que les dépenses de la CNS en la matière baisseront encore les derniers mois de l'année 2010. Par conséquent, la CNS fera à ce titre des économies à hauteur d'environ 9 millions d'euros;
- depuis 3 à 4 ans, les prix des médicaments à marge réduite et à marge normale importés de la Belgique ont subi une forte diminution. S'y ajoute la baisse des prix suite à la mise sur le marché de plus en plus de médicaments génériques. Ainsi, le chiffre d'affaires des pharmaciens stagne et sera même négatif pour l'année 2010;
- le taux d'abattement s'élève d'ores et déjà à 3,75%.

A la suite de ces mots d'introduction, le Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois prend position sur les points suivants du projet de loi :

a) La substitution de médicaments

Le Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois signale qu'il faut faire la distinction entre le volet médical et le volet financier.

Il souligne que d'un point de vue médical, les médicaments génériques sont aussi efficaces que les médicaments brevetés, de sorte que les pharmaciens, dans la mesure où les règles sont claires et les problèmes techniques sont résolus, ne s'opposent pas à un système de substitution de médicaments. Il est précisé que le système de substitution ne pourra être mis en place qu'avec l'accord des médecins. En ce qui concerne le volet financier, le syndicat relève que l'impact financier de la substitution de médicaments sur le budget de la CNS est difficile à prévoir.

Par ailleurs, il donne à considérer que déjà à l'heure actuelle, des médicaments génériques sont prescrits dans la majorité des cas, de sorte que la réglementation de la substitution de médicaments par voie législative ne s'impose pas nécessairement.

En outre, il convient de noter qu'il existe des médicaments brevetés, notamment en ce qui concerne les médicaments plus chers, pour lesquels il n'existe pas de médicaments génériques.

Enfin, il est souligné que le pharmacien assumera sa responsabilité professionnelle dans le cas où il propose à l'assuré une substitution par un médicament équivalent plus économique du même groupe.

b) La gestion électronique des prescriptions

Bien que la mise en place de la gestion électronique des prescriptions pose de nombreux problèmes pratiques, les pharmaciens ne s'opposent pas à un tel système, à condition toutefois qu'il soit conforme à la réglementation sur la protection des données personnelles.

c) La rémunération des pharmaciens

Le Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois informe la Commission qu'environ 90% des médicaments sont importés de la Belgique et que la structure de prix appliquée par les pharmaciens établis au Luxembourg correspond à la structure de prix applicable en Belgique, de sorte que l'évolution des marges au Luxembourg est identique à celle de la Belgique.

Il signale que le 1^{er} avril 2010, la Belgique a mis en place une réforme structurelle du système de rémunération du pharmacien.

Avant cette réforme, les pharmaciens belges avaient droit à une marge bénéficiaire plafonnée sur les médicaments, c'est-à-dire à partir d'un prix d'achat de 24 euros, la marge bénéficiaire absolue s'élevait à 8 euros quelque soit le prix d'achat (médicaments à marge réduite). Les médicaments à marge réduite représentaient au début seulement 10% du chiffre d'affaires des pharmaciens, mais suite à la commercialisation de médicaments plus chers, ils ont fini par représenter en 2009 environ 60% de leur chiffre d'affaires.

Par ailleurs, entre 2005 et 2006, le Gouvernement belge a imposé une baisse des prix aux entreprises pharmaceutiques, ce qui a conduit ces dernières années à une forte diminution des prix, également des médicaments à marge normale. S'y ajoute une baisse des prix suite à la mise sur le marché de plus en plus de médicaments génériques. Ces baisses des prix ont contribué à une diminution considérable de la marge bénéficiaire moyenne des pharmaciens.

En outre, depuis deux ans, l'industrie pharmaceutique commercialise de plus en plus de médicaments avec grands emballages pour des maladies chroniques, tout en conservant pratiquement le même prix d'achat.

Il est précisé que cette baisse des marges pouvait être compensée pendant des années par une augmentation du volume, mais vu que ces dernières années le volume a seulement augmenté à cause de la commercialisation de médicaments plus chers sur lesquels il n'y a pratiquement pas de marge bénéficiaire, la compensation s'avérait quasiment impossible, de sorte que les revenus des pharmaciens ont baissé considérablement.

Pour ces raisons, la Belgique a introduit le 1^{er} avril 2010, le système de rémunération par honoraire. Pour fixer le montant de l'honoraire, on a pris la marge en chiffre absolu de 2009. Ce chiffre constitue l'enveloppe globale des honoraires pour 2010. Cette enveloppe est indexée et négociable à intervalles réguliers. Elle se divise en deux sortes d'honoraires, à savoir d'une part, l'honoraire de délivrance (95%) et d'autre part, l'honoraire spécifique (5%).

Le Luxembourg, tout en ayant maintenu le terme de « marge », a repris cette structure de rémunération des pharmaciens, à l'exception toutefois des 5% d'honoraires spécifiques. Il s'ensuit donc que les pharmaciens font une perte d'honoraires de 5% sur environ 90% du chiffre d'affaires avec la CNS. Selon les données transmises par le STATEC, le chiffre

d'affaires total réalisé par les pharmacies connaît une baisse de 2,2% en 2010. S'y ajoute que la rémunération des pharmaciens est tributaire de négociations en Belgique, bien que le Luxembourg dispose de structures de frais totalement différentes (salaires, loyers etc.) de la Belgique.

Le Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois souligne encore que la convention collective de travail des salariés travaillant dans les pharmacies a été dénoncée. Par ailleurs, le Ministre de la Santé prévoit la création de 5 nouvelles officines (91 officines sont actuellement établies au Luxembourg).

Voilà pourquoi, le Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois demande de ramener provisoirement le taux de l'abattement à 0% pour une durée de deux ans et de procéder fin 2012 à une nouvelle analyse de la situation et de prendre alors, le cas échéant, les mesures adéquates.

Suite à la présentation de la prise de position du Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois, la Commission procède à un échange de vues, duquel il a lieu de retenir succinctement les éléments suivants :

- la mise en place de programmes de « compliance » s'avère importante, étant donné que de nombreuses études démontrent que des économies non négligeables peuvent être réalisées lorsque les assurés prennent leurs médicaments conformément à leur prescription;
- la mise en place d'une centrale d'achat pour les pharmaciens risque de générer plus de frais accessoires que d'avantages ;
- le système de base de remboursement est institué en vue de favoriser la délivrance des médicaments les moins chers appartenant au même groupe de principe actif qui n'est plus protégé par un brevet dans le pays de provenance. L'assuré pourra toujours choisir un médicament plus cher, mais la prise en charge par l'assurance maladie-maternité se fait en application de la base de remboursement fixée par la CNS. Ainsi, la participation de l'assuré varie en fonction du médicament qu'il a finalement choisi.

3) Audition des représentants de la Fédération Luxembourgeoise des Laboratoires d'Analyses Médicales (FFLAM)

La FFLAM a transmis à la Chambre des Députés une prise de position détaillée sur le projet de réforme, communiquée aux membres de la commission et un résumé schématique sous forme de tableaux Powerpoint (cf. annexe 3).

En guise d'introduction, la FFLAM informe la Commission que :

- la FFLAM représente trois laboratoires privés exploités en nom personnel et occupant 350 salariés qualifiés (laborantins, infirmières etc.), par opposition à 9 laboratoires en 1999. Cette réduction s'explique par le fait que les différents laboratoires privés ont procédé à une restructuration du secteur par voie de fusion ou de rachats ;
- le secteur privé extrahospitalier de la biologie médicale représente 1,9% du budget de la CNS ;
- la biologie médicale, qui d'après la déclaration gouvernementale constitue un secteur à promouvoir, contribue dans près de 2/3 des cas au diagnostic posé par le médecin ;

- le régime du tiers payant est applicable c'est-à-dire les analyses sont directement prises en charge par la CNS et les laboratoires privés sont remboursés à l'acte par la CNS ;
- ces dernières années, les laboratoires privés ont réalisé une démarche volontaire d'accréditation selon la norme ISO 15189 sans aucune aide étatique. Ils ont supporté en totalité les coûts de cette démarche composés de frais salariaux, d'investissement, de formation, de documentation et d'audits. Les hôpitaux, par contre, bénéficient de subsides de la CNS à hauteur de 2% du montant total des frais hospitaliers ;
- le benchmarking international démontre que les remboursements par la CNS se positionnent à un niveau inférieur que ceux pratiqués à l'étranger ;
- le vote du projet de loi modifiant la loi du 16 juillet 1984 relatif aux laboratoires d'analyses médicales (doc. parl. 6151) revêt une importance primordiale pour les laboratoires privés, étant donné qu'il prévoit la possibilité d'une exploitation sous forme de personne morale, de sorte que les laboratoires privés pourront à l'avenir exercer un rôle d'acteur économique dans la Grande Région en particulier, et dans l'Union européenne, en général.

Ces mots d'introduction sont suivis par une présentation de la prise de position de la FFLAM relative au projet de loi 6196. La FFLAM tient à souligner que les laboratoires privés subissent deux sortes de pression, à savoir, d'une part, une pression économique et, d'autre part, une pression législative.

i. La pression économique

La FFLAM souligne que la pression économique se fait sentir de deux manières, à savoir, d'un côté, par le projet de loi susmentionné, en ce qu'il prévoit une baisse de la lettre-clé des laboratoires privés de 14,25%, et de l'autre côté, par le comité quadripartite de l'assurance maladie-maternité qui s'est tenu le 27 octobre dernier, en ce qu'il a évoqué comme piste à discuter entre autres, l'adaptation statutaire de la CNS en vue de réaliser des économies au niveau des prestataires de soins par le biais d'une participation de l'assuré.

La FFLAM rappelle encore que ces dernières années, les tarifs des laboratoires privés ont fait l'objet de plusieurs baisses successives, à savoir :

- une baisse de 10% en 2002 (baisse appliquée rétroactivement à partir du 1^{er} janvier 2002) ;
- suite à l'introduction en 2005 de la loi des 12, - la CNS (ex-UCM) ne rembourse que 12 actes par ordonnance -, applicable aussi bien aux laboratoires privés qu'aux laboratoires hospitaliers, mais non appliquée dans le secteur hospitalier, les laboratoires privés ont fait une perte de 8%. En fait, la non-application de ce système par le secteur hospitalier a conduit les laboratoires privés à ne pas facturer à l'assuré le dépassement des 12 actes afin de ne pas les faire fuir vers les hôpitaux où aucune facturation n'a été mise en œuvre ;
- une baisse de 19,35% en 2009.
- **Baisse de la lettre-clé**

Le projet de loi précité prévoit une baisse de la lettre-clé des laboratoires privés de 14,25%, qui d'ailleurs n'est pas indexée, par opposition à celle d'autres prestataires de soins, sans toutefois indiquer les raisons de cette réduction. Aux yeux de la FFLAM, cette baisse pourrait

trouver sa raison dans le fait que les laboratoires privés ont des frais de fonctionnement inférieurs par rapport aux laboratoires hospitaliers.

La FFLAM relève en outre, que le projet de loi prévoit un gel des lettres-clés des autres prestataires de soins, mais qu'elle vient de lire dans la presse écrite que leurs tarifs continueront à être indexés, de sorte qu'en réalité il ne s'agit pas d'un gel.

Par ailleurs, la FFLAM informe la Commission qu'elle a introduit une demande en revalorisation de la lettre-clé des laboratoires privés de 4,63% conformément à l'article 67 du Code de la sécurité sociale, mais qu'il y a pourtant eu échec des négociations, étant donné que la CNS est d'avis que les tarifs des laboratoires privés devraient être baissés de 10% (par opposition au projet de loi qui prévoit une baisse de 14,25%), de sorte que la procédure de médiation est engagée.

- Participation de l'assuré

La FFLAM donne à considérer qu'une adaptation éventuelle des statuts de la CNS concernant la prise en charge des actes des laboratoires aurait dans un premier temps uniquement un impact sur les laboratoires privés, étant donné que l'article 13 projeté prévoit que la débudgétisation des actes ambulatoires des laboratoires hospitaliers n'entrera en vigueur qu'à partir du 1^{er} janvier 2012.

Ainsi, dans l'hypothèse d'une participation de l'assuré de 1 euro par analyse, ce dernier devrait payer en moyenne 9 euros par ordonnance dans les laboratoires privés à partir du 1^{er} janvier 2011, tandis que les analyses effectuées dans les laboratoires hospitaliers seraient gratuites jusqu'au 31 décembre 2011. Étant donné que le système du tiers payant est applicable, les analyses sont directement prises en charge par la CNS et les laboratoires privés sont remboursés à l'acte par la CNS, qui opérerait toutefois dans ce cas une retenue sur le remboursement de 1 euro par analyse. Les laboratoires privés devraient ainsi procéder eux-mêmes à son recouvrement auprès des assurés. Mise à part la charge administrative non négligeable qu'engendrerait ce système, il constituerait en plus, en tout cas pendant un an, une concurrence déloyale entre laboratoires privés et hospitaliers.

Par ailleurs, la FFLAM tient encore à souligner que, bien que les actes ambulatoires des laboratoires soient débudgétisés, le secteur hospitalier continue à profiter d'un avantage budgétaire significatif et verrait ses frais fixes et variables toujours couverts pour les besoins de l'activité stationnaire tout en bénéficiant des infrastructures et des équipements existants pour la prise en charge de l'activité ambulatoire remboursée à l'acte sur base de la cotation à la nomenclature. Or, les laboratoires privés ne bénéficient d'aucune subvention ou aide étatique pour leurs frais de fonctionnement (infrastructures, équipements, personnel) et ne disposent que de la cotation des actes à la nomenclature pour développer leur activité.

ii. La pression législative

La FFLAM relève que la modification qu'il est proposé d'opérer à l'ancien point 3 de l'article 17 du CSS (nouveau point 4) constituerait un changement fondamental en ce sens que, suite à la suppression par le projet de loi des examens de laboratoires, la possibilité pour les laboratoires privés de devenir actifs dans le domaine des examens d'histologie dans le cadre de l'anatomo-pathologie, domaine réservé à l'heure actuelle au LNS, est écartée.

En outre, la FFLAM tient à souligner qu'elle demande depuis 2006 une révision de la nomenclature des actes et des prestations de laboratoires en vue d'une adaptation acte par acte des valeurs en tenant compte des réalités économiques actuelles. Aux yeux de la FFLAM, la révision de la nomenclature ne pourra se faire qu'avec une commission de

nomenclature paritaire, mais elle relève qu'elle risque de se voir allouer au plus un poste, ce qui impliquerait que le secteur des laboratoires privés se retrouverait sous-représenté.

Suite à la présentation de la prise de position de la FFLAM, la Commission procède à un échange de vues, duquel il a lieu de retenir succinctement les éléments suivants:

- la FFLAM plaide pour un transfert de l'activité ambulatoire vers le secteur privé, ainsi que pour la fusion des laboratoires hospitaliers en une seule plateforme stationnaire en ce qui concerne les analyses des patients stationnaires ;
- la FFLAM ne réfute pas l'idée de négocier une convention collective, mais donne toutefois à considérer que ces négociations risquent de s'avérer difficiles pour trois raisons. D'une part, les trois laboratoires privés existants sont issus de fusions voire de rachats, d'autre part, les laboratoires privés sont confrontés tous les deux ans à des baisses de tarifs et enfin, les tarifs des laboratoires privés ne sont pas indexés, tandis que les salaires et loyers sont indexés.

Luxembourg, le 16 novembre 2010

Les Secrétaires,
Martin Bisenius
Tania Braas

La Présidente,
Lydia Mutsch

Annexes: 3

- ANNEXE 1 -



Association des médecins
et médecins-dentistes

Luxembourg, le 27 octobre 2010

29, rue de Vianden
L-2680 LUXEMBOURG

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

**Aux membres de la Commission Santé et de la Sécurité sociale de la
Chambre des Députés**

En annexe, l'AMMD permet de vous soumettre

- sa lecture du projet de loi reformant le Code de la santé
- une liste non exhaustive des points de discordance essentiels de ce projet

Nous nous devons de vous informer que la philosophie et l'idéologie de ce projet de loi sont absolument incompatibles avec le système actuel du **conventionnement obligatoire et l'exercice d'une médecine libérale**.

Veillez trouver, en annexe, une liste de points absolument inacceptables dont l'adoption aura comme conséquences irrémédiables non seulement la mise en cause, mais la fin inéluctable du système actuel du conventionnement obligatoire de même que dans une étape ultérieure la fin de l'assurance unique et obligatoire.

Le conventionnement obligatoire qui constitue l'invention luxembourgeoise n'existe dans aucun de nos pays voisins (France, Belgique, Allemagne)

Difficile à maintenir de toute façon, il ne pourra plus perdurer dans un système réglementé comme le prévoit le projet de loi n° 6196 et fonctionnant dans un environnement internationalisé.

Contrairement à la situation en 1992, les arrêts de la Cour de Justice européenne (Decker/Kohll et suivants) permettent aux patients de consulter des médecins et médecins-dentistes non conventionnés au-delà des frontières pour se faire rembourser au Luxembourg par la CNS au tarif conventionnel luxembourgeois. De plus, le supplément d'honoraires payés à l'étranger est pris en charge si les patients sont assurés auprès d'une assurance complémentaire. Toute cette situation constitue une discrimination à rebours des confrères installés et exerçant au Grand-Duché de Luxembourg et constitue une situation de concurrence déloyale.

Il est clair que ce projet de loi sonne ainsi le glas du système actuel du conventionnement obligatoire.

L'AMMD revendique péremptoirement :

- 1) Négociation libre de la convention avec la CNS et refus d'une ingérence ministérielle via RGD ou décision ministérielle après échec d'une médiation
- 2) Maintien de la Commission de surveillance paritaire de la législation actuelle
- 3) Introduction d'une Commission de nomenclature avec représentation paritaire de l'AMMD, sans ingérence d'autrui
- 4) Maintien du principe de l'enveloppe budgétaire et du vase communicant
- 5) Maintien de la faculté pour l'AMMD d'opérer des répartitions sélectives à l'intérieur de l'enveloppe
- 6) Maintien des compléments d'honoraires légalement dus pour convenances personnelles et pour la première classe en hospitalier, y compris son extension sur l'extrahospitalier
- 7) Séparation de l'acte médical et de l'acte médico-technique accessoire avec revalorisation régulière, des frais fixes et variables de l'acte
- 8) Garantie du secret professionnel
- 9) Faculté d'opposition du patient dans le cadre d'échanges de données de santé, tant qu'à la constitution du dossier qu'à l'échange des données
- 10) Non-ingérence du contrôle médical de la sécurité sociale dans les traitements des patients
- 11) Médecin de confiance se limitant à la prévention et à la fonction de guide et de conseil du patient dans le système de santé
- 12) Respect des prescriptions médicales telles quelles, sans substitution
- 13) Planification nationale transparente des besoins d'offre de santé et rejet d'un numerus clausus arbitraire dans les hôpitaux
- 14) Principes d'une cogestion entre partenaires égaux de l'hôpital (médecins libéraux et institutions hospitalières)
- 15) Abolition des filières de soins instaurant une responsabilité collective et abolissant le libre choix du médecin par le patient
- 16) Refus du tiers payant généralisé des honoraires médicaux à l'hôpital
- 17) Rejet des mesures financières injustes à l'égard du corps médical pour pallier à une situation dont il n'est pas responsable

L'AMMD a proposé durant les cinq dernières années de nombreuses **mesures d'économie** pour le système de santé au Luxembourg.

Aucune de ces mesures n'a été adoptée ou mise en pratique.

Le système de santé luxembourgeois, garantissant un libre accès à tout patient à tout médecin de son choix au tarif conventionnel, n'a une chance de survie que si la Chambre des Députés procède à une réforme profonde du texte du projet de loi n° 6196.

La proposition de Monsieur le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale est une réforme idéologique se focalisant sur le médecin exerçant au Luxembourg et n'apporte aucune solution concrète au problème financier de la CNS.

Le projet de loi n° 6196 sous sa forme actuelle débouche inévitablement sur l'abolition du système de conventionnement obligatoire. Les patients chercheront des soins de santé sur mesure à l'étranger, de même que les patients qui ne souhaitent pas que leurs données santé soient enregistrées dans un ordinateur central avec large accessibilité.

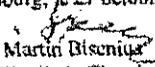
- ANNEXE -

**Syndicat des Pharmaciens
luxembourgeois a.s.b.l.**

par mail et par courrier

Monsieur Laurent MOSAR
Président de la Chambre des Députés

19, rue du Marché-aux-Herbes
L - 1728 LUXEMBOURG

Transmis pour information aux membres
- de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale,
- de la Conférence des Présidents.
Luxembourg, le 27 octobre 2010

Martin Bischenius
Premier Conseiller de la Chambre des Députés

Strassen, le 25 octobre 2010

Concerne : Projet de loi portant réforme du système de soins de santé
Votre courrier du 15.10.2010, référence : mb/af

Monsieur le Président,

Conformément à votre demande du 15.10.2010, nous vous adressons en annexe un résumé des principales doléances et propositions du Syndicat des pharmaciens luxembourgeois relatives au projet de loi portant réforme du système de soins de santé.

Par la même occasion, nous vous informons que notre association sera représentée à la séance de la commission parlementaire du 28.10.2010 par

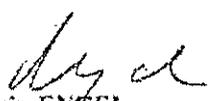
Monsieur Théo THIRY, pharmacien, président du Syndicat des pharmaciens
Monsieur Alain ENGEL, pharmacien, secrétaire général
Madame Joséane MARTENS-PAULUS, pharmacienne, vice-président
Monsieur Raymond BOEVER, pharmacien, secrétaire adj.

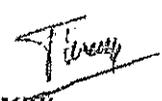
Madame Marianne MEYERS, pharmacienne et membre du Conseil d'administration du syndicat, participera également à l'entrevue précitée.

Nous sommes à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Nous vous présentons, Monsieur le Président, l'expression de notre considération très distinguée.

*Pr. le Syndicat des Pharmaciens
luxembourgeois asbl*


Alain ENGEL
Secrétaire général


Théo THIRY
Président

Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois asbl, 70A, route d'Arlon, L - 8008 STRASSEN
Tél. : 29 63 33 / Fax : 29 63 32 / e-mail : synpha@pt.lu / www.pharmacie.lu

Commission parlementaire « Santé et Sécurité sociale »

Entrevue du 28.10.2010

Prise de position des pharmaciens

Gestion électronique de la prescription

Les pharmaciens ne sont en principe pas opposés à une gestion électronique des prescriptions pour autant que le système soit conforme avec les réglementations sur la protection des données.

Substitution des médicaments

Les pharmaciens ne s'opposent pas à un système de substitution pour autant que les règles soient claires et que tous les problèmes techniques soient résolus. Il est clair qu'un système de substitution ne peut se faire qu'en accord avec les médecins.

La rémunération des pharmaciens

Le Luxembourg importe ca 90% des médicaments de la Belgique et nous reprenons aussi les structures de prix existant en Belgique.

En Belgique une réforme structurelle du système de rémunération du pharmacien a été mise en application le 1er avril 2010 parce que l'érosion des marges sur les médicaments conduisait une baisse de la rémunération des pharmaciens telle, que l'existence de bon nombre de pharmacies était compromise.

Avant la réforme:

Le pharmacien est rémunéré par une marge bénéficiaire sur les médicaments. Cette marge est plafonnée c.à d à partir d'un prix d'achat de 24€, on ajoute une marge absolue de 8 € quel que soit le prix achat .Ce sont les médicaments à marge réduite.

Ces médicaments à marge réduite qui constituaient il y a dix ans, une petite partie du chiffre d'affaire, formaient en 2009 jusqu'à 60% et plus du chiffre.

Donc très forte dilution de la marge !

En 2005-2006, le Gouvernement belge imposait à l'industrie pharmaceutique de diminuer leurs prix ce qui a conduit à de fortes diminutions de prix depuis 3-4 ans et ceci également pour les médicaments où il restait une marge normale.

S'ajoute à ces baisses les diminutions de prix dues à l'apparition des génériques.

Tout cela fait une diminution non négligeable de la marge moyenne !

Depuis 2 ans l'industrie répond à l'appel du gouvernement belge et de l'INAMI – Institut national d'assurance maladie-invalidité - de faire des économies en commercialisant , de plus en plus, de grands emballages pour les maladies chroniques, tout en conservant pratiquement le même prix d'achat donc économies sur le dos des grossistes et des pharmaciens !

Pendant des années, cette érosion constante des marges pouvaient être plus ou moins compensée par l'augmentation du volume. Or depuis 2 - 3 ans ceci n'est plus possible puisque d'un côté les baisses de marges sont trop importantes par rapport à l'augmentation de volume et d'un autre côté, les frais augmentent sensiblement, surtout depuis la mise en application d'une convention collective en 2006. En plus les augmentations de volume sont pratiquement exclusivement dues à des médicaments nouveaux qui sont en général à marge réduite (p. ex. méd. oncologiques).

Pendant des années, cette érosion constante des marges pouvaient être plus ou moins compensée par l'augmentation du volume. Or depuis 2 - 3 ans ceci n'est plus possible puisque d'un côté les baisses de marges sont trop importantes par rapport à l'augmentation de volume et d'un autre côté, les frais augmentent sensiblement, surtout depuis la mise en application d'une convention collective en 2006. En plus les augmentations de volume sont pratiquement exclusivement dues à des médicaments nouveaux qui sont en général à marge réduite (p. ex. méd. oncologiques). Ainsi, depuis quelques années le revenu des pharmaciens est en baisse..

Depuis le 1er avril 2010 en Belgique :

Le pharmacien est rémunéré par un honoraire de délivrance. Pour fixer le montant de l'honoraire on a déterminé la marge en chiffre absolu de 2009 (année où la marge était au niveau le plus bas) et ce chiffre constitue la masse totale des honoraires pour 2010. Cette enveloppe globale est indexée et négociable à intervalles réguliers.

La masse des honoraires est constituée pour 95 % d'honoraires de délivrance (pour info : 3.88 € par délivrance) et pour 5% d'honoraires spéciaux.

En ce qui concerne les médicaments remboursés, le revenu du pharmacien est aujourd'hui indépendant du prix .

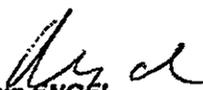
Situation actuelle au Luxembourg

- Nous importons de Belgique uniquement les 95 % d'honoraires de délivrance. Les 5% d'honoraires spéciaux sont perdus pour les pharmaciens luxembourgeois (Perte de 5% de la rémunération sur ca 90% du chiffre d'affaire CNS).
- La rémunération des pharmaciens luxembourgeois dépend d'un index belge pas comparable avec le nôtre et est tributaire de négociations en Belgique alors que nous avons des structures de frais totalement différentes qu'en Belgique, p. ex. les salaires, les loyers etc....
- Le chiffre d'affaire total réalisé en pharmacies est en baisse en 2010 (STATEC: -2,2%).
- Les frais pour produits pharmaceutiques 2010 à charge de la CNS sont en baisse avec une progression négative par rapport à 2009. Dans le rapport de l'IGSS du 13 octobre 2010, présenté en vue de la quadripartite du 27 octobre 2010, on part d'une estimation de +5% ce qui est manifestement faux. Les frais pharmaceutiques seront en 2010 de ca 8 mio € en baisse par rapport aux estimations pour 2010.

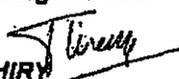
Etant donné que

- l'impact de la substitution sur la rémunération du pharmacien est difficile à prévoir
- nous avons en 2010 et les années à venir, une perte d'honoraires de 5% sur 90% de la rémunération de notre chiffre CNS
- pour la première fois, le chiffre total réalisé en officine diminue
- pour la première fois, les frais pharmaceutiques par la rapport à la CNS diminuent, alors qu'on est parti d'une progression de 5%
- le Ministre de la santé prévoit la création de nouvelles officines
- la convention collective de travail a été dénoncée

les pharmaciens demandent de ramener provisoirement le taux de l'abattement à 0% pour une durée de deux ans, de refaire fin 2012 une nouvelle analyse de la situation et de prendre ensuite les mesures adéquates.


Alain ENGEL
Secrétaire général

Pr. le Syndicat des Pharmaciens
luxembourgeois asbl


Théo THIRY
Président

- ANNEXE 3 -



06/10/2010 - Présentation FLLAM

Pressions législatives et tarifaires sur les laboratoires d'analyses médicales privés

Mme Hetty KLEIN - Porte parole FLLAM
Mr Claude BIZTAK - Représentant patronal - conseiller FLLAM

Présentation FLLAM - 28.03.10



06/10/2010 - Présentation FLLAM

INTRODUCTION : PRESENTATION FLLAM

- En 2010 : 3 laboratoires privés exploités en son personnel, à comparer à 9 laboratoires privés en 1999.
- 100 de la son qualifiés (biologistes médicaux, biologistes et pharmaciens) et formation conforme CE, labocarting, ATM, infirmières, infirmiers, qualifications, plus de 80% de résidents.
- Consommation de 10% du budget CHU.
- Régime de tiers payant et de remboursement à l'acte par le CNS.
- Les résultats d'analyses médicales intervenant dans 2/3 des diagnostics.
- Accès sur la qualité et les services.



06/10/2010 - Présentation FLLAM

PRESSION ECONOMIQUE I : BASSE DES TARIFS DE REMBOURSEMENT

- Actuellement en procédure de médiation avec CNS en vigueur
- Soins en médecine préventive confrontés à
- Une tarification de 14,25% et masse globale de 300 M€
- Des tarifs non adaptés
- Equ de répartition depuis 1999
- Comparaison internationale montre que les remboursements par le CNS se situent à un niveau inférieur que ceux pratiqués à l'étranger.
- Le projet de loi ne donne pas de visibilité à l'union de la médecine privée avec l'hôpital et inversement face au retard de l'hôpital (constaté par le CNS elle-même).
