



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 13.30 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'Entente des Hôpitaux luxembourgeois
Entrevue avec une délégation de l'Union des Entreprises luxembourgeoises
Entrevue avec les délégations des syndicats OGB-L, LCGB et CGFP

*

Présents : Mme Sylvie Andrich-Duval, M. Félix Braz, M. Jean Colombero, 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. Frank Gansen et M. Mike Schwebag, Ministère de la Santé
M. Paul Schmit, Inspection générale de la Sécurité sociale

MM. Marc Hastert, Paul Junck, André Kerschen, Michel Nathan, Christian Oberlé, Hans-Joachim Schubert, Entente des Hôpitaux

MM. Pierre Bley, Jean-Christophe Burkel, François Engels, Yves Gordet, Tom Hermes, Mme Fabienne Lang, MM. Jean-Jacques Rodenbourg, Jean-Jacques Rommes, Jean J. Schintgen, Romain Schmit, Christophe Zeeb, Union des Entreprises luxembourgeoises

MM. Carlos Pereira, René Piffaferri, Pierre Schreiner, Mme Lynn Settinger, OGB-L

MM. Alain Rassel, Joé Spier, LCGB

MM. Claude Geimer, Emile Haag, Romain Wolff, CGFP

M. Martin Bisenius et Mme Tania Braas, Administration parlementaire

*

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

1) Audition d'une délégation de l'Entente des Hôpitaux
Luxembourgeois (EHL)

L'EHL a communiqué à la Chambre une prise de position circonstanciée, transmise aux membres de la commission. Un résumé de cette prise de position et une énumération des principales exigences de l'EHL figurent en annexe. (annexes 1a et 1b)

L'EHL exprime son point de vue quant aux points suivants du projet de loi :

- la médecine hospitalière ;
- le budget hospitalier ;
- la documentation ;
- l'association d'établissements hospitaliers et les mutualisations

i. La médecine hospitalière

Dans un souci de garantir un bon fonctionnement du service hospitalier, l'EHL plaide pour la mise en place d'un cadre légal clarifiant les relations entre les hôpitaux et les médecins et définissant les responsabilités, les droits et les devoirs des différents acteurs hospitaliers dans la prise en charge des patients et dans la gestion de l'hôpital. Aux yeux de l'EHL, la réglementation de la médecine hospitalière devra:

- préciser le statut du médecin hospitalier, notamment en ce qui concerne son indépendance en matière médicale, mais également le respect de certaines règles internes régissant le fonctionnement des hôpitaux ;
- introduire la fonction de médecin coordinateur, qui devra assumer le rôle d'interlocuteur de la direction médicale, ainsi que des autres acteurs hospitaliers et assurer le développement et la coordination de l'activité médicale de son service. Il ne devra cependant pas devenir un contre-pouvoir en ce sens qu'il pourrait intervenir directement dans le traitement d'un patient déterminé ;
- assurer une réelle mise en pratique du contrat d'agrément entre le médecin hospitalier et l'hôpital, ainsi qu'une application de manière comparable dans les hôpitaux.

L'EHL salue donc la mise en place par le projet de loi d'un cadre minimum définissant le statut du médecin hospitalier, mais tient toutefois à souligner que dans un contexte de pression budgétaire croissante, des précisions devront encore être apportées aux responsabilités individuelles des différents acteurs hospitaliers dans leur domaine d'action.

Suite à cette présentation, la Commission procède à échange de vues, duquel il y lieu de retenir succinctement les points suivants :

- l'EHL souligne que les hôpitaux n'ont pas d'emprise sur le type de prothèse prescrit par les médecins et qu'il existe à l'heure actuelle, de fortes divergences concernant

les types de prothèses mises en place par les médecins (certains mettent en place une prothèse à 900 euros tandis que d'autres mettent en place une prothèse à 2900 euros). Afin que la centrale d'achat puisse négocier des prix raisonnables et qu'une comparaison du rapport qualité/prix puisse être réalisée, l'EHL plaide pour une uniformisation au niveau national du type de prothèse de haute qualité à utiliser par les médecins;

- l'exigence d'une concertation entre médecins vise à optimiser le fonctionnement des hôpitaux et concerne donc le volet organisationnel et non pas le volet traitement du patient, de sorte que la liberté thérapeutique individuelle sera toujours garantie;
- l'EHL ne s'opposerait pas à la mise en place d'un seul statut du médecin hospitalier.

ii. Le budget hospitalier

L'EHL rappelle qu'à l'heure actuelle, les différents hôpitaux disposent d'un budget individuel qui est négocié annuellement avec la CNS.

Le projet de loi en question prévoit un changement fondamental en ce qu'il établit une enveloppe budgétaire globale et prévoit que les budgets des établissements hospitaliers seront établis sur deux ans. Ces mesures devront, d'une part, éviter les doubles emplois et la concurrence et, d'autre part, promouvoir la collaboration et la recherche de synergies entre les différents hôpitaux.

Bien que le projet de loi prévoie que la CNS mette à la disposition des établissements hospitaliers un relevé des actes prestés aux patients par les médecins agréés, que l'entrée en vigueur de la débudgétisation des laboratoires hospitaliers pour l'activité extrahospitalière soit prévue pour le 1^{er} janvier 2012 et que l'obligation de saisir le Comité de quadripartite en cas de dépassement budgétaire de 1% soit supprimé, l'EHL déplore le plafonnement de l'enveloppe budgétaire globale et l'absence d'un système de financement basé sur une logique d'incitants.

En effet, l'EHL, tout en pouvant accepter sous certaines conditions, la mise en place d'un budget prévisionnel sur deux ans, plaide toutefois pour le maintien du système de budget individuel par hôpital, étant donné que les hôpitaux sont des entités juridiques indépendantes ayant leurs spécificités infrastructurelles et organisationnelles nécessitant souvent des dotations budgétaires adaptées.

En outre, l'EHL donne à considérer que la progression forfaitaire de 3% de l'enveloppe budgétaire globale pour les années 2011-2012 devra constituer une progression réelle et demande à ce que le projet de loi, d'une part, apporte des précisions quant aux éléments qui sont compris dans ce taux progression (question de savoir si la variation de l'indice à la consommation, les progressions liées à la convention collective de travail, le glissement des carrières etc. sont compris ou non dans ce taux de 3%) et, d'autre part, limite cette progression forfaitaire à certaines activités, et enfin prévoie une marge de sécurité permettant de couvrir des dépassements budgétaires difficilement prévisibles (pandémie, nouvelles thérapies, augmentation des prescriptions par les médecins etc.)

Ainsi, l'EHL propose de modifier l'article 74 projeté de la manière suivante :

« *La progression annuelle de l'enveloppe budgétaire globale tient compte :*

- *des mécanismes de progression automatiques tels que l'évolution de l'indice des salaires, les progressions liées à la convention collective de travail, l'impact du glissement des carrières, les changements de taux de cotisations ;*
- *des impacts budgétaires des grands projets d'investissement ou des dotations en services nouveaux ;*

S'y ajoute un mécanisme de décompte de réajustement du budget plafonné afin de prendre en compte l'impact de l'évolution de l'activité hospitalière et médicale. »

Elle demande par ailleurs, de prévoir dans le projet de loi, sinon dans les conventions futures conclues entre la CNS et l'EHL, une disposition ayant trait aux incitants positifs tels que les bénéfices de rationalisation.

*

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

- étant donné que le projet de loi ne donne pas de précision sur ce qui est englobé dans la progression forfaitaire de 3% de l'enveloppe budgétaire globale pour les années 2011-2012, l'EHL n'est pas en mesure d'apprécier si cette progression est réelle ou non ;
- en ce qui concerne les répercussions éventuelles de la mise en place d'une enveloppe budgétaire globale sur les relations entre les différents établissements hospitaliers, il y a lieu de retenir que la fusion entre différents établissements hospitaliers a déjà impliqué la mise en place d'une approche commune entre les différents hôpitaux, de sorte qu'une étroite collaboration entre les différents acteurs s'est mise en place ;
- afin de pouvoir continuer à assurer une bonne qualité des soins, chaque hôpital doit disposer de réserves pour faire face aux imprévus (augmentation des prescriptions médicales sur lesquelles les hôpitaux n'ont pas d'emprise, l'évolution médicale etc.) ;
- quant au reproche que les comptes des établissements hospitaliers ne seraient pas transparents, il convient de noter que les hôpitaux mettent en œuvre une bonne politique de financement, qu'ils font l'objet d'un audit et que les comptes des hôpitaux sont accessibles à la CNS. S'il y a un problème de transparence, il est dû au fait que les données qui sont intégrées dans le système ne sont pas toujours assez fiables pour que les hôpitaux puissent les rendre plus transparentes (à l'heure actuelle, les hôpitaux ne connaissent pas les données administratives et les modalités de la facturation des actes prestés par les médecins) ;
- les hôpitaux sont en mesure de chiffrer les actes de leurs laboratoires en fonction du cadre financier défini par la CNS, mais une comparaison des actes prestés par les laboratoires privés et les laboratoires hospitaliers n'est pas possible, étant donné que ces deux acteurs fonctionnent de manière différente ;
- l'EHL accueille favorablement l'idée de la mise en place de centres de compétence contribuant ainsi à rendre le Luxembourg plus attractif et partant plus concurrentiel par rapport à la Grande-Région ;

- il y a environ 6 à 7 mois, l'EHL a créé une plate-forme permanente de collaboration interhospitalière avec les directeurs médicaux et les représentants des conseils médicaux.

iii. La documentation

L'EHL tient à souligner que les médecins spécialistes, notamment les pédiatres sont de plus en plus réticents à assurer la mission de service public à laquelle sont astreints les hôpitaux, vu qu'il est plus rentable pour ces derniers de travailler dans leurs cabinets les samedis matins, au lieu d'effectuer une prestation de service public.

Etant donné que la nomenclature arrêtée par la Commission de nomenclature aura des impacts importants en tant qu'incitatif sur le comportement des prescripteurs, voire sur le fonctionnement de l'hôpital, l'EHL salue que le projet de loi lui attribue un siège dans la nouvelle Commission de nomenclature. Ainsi, l'EHL est impliquée directement dans le fonctionnement de la Commission de nomenclature et dispose d'un droit d'initiative en ce qui concerne la détermination de la valeur pécuniaire des actes prestés par les médecins.

iv. L'association d'établissements hospitaliers et les mutualisations

Comme déjà évoqué ci-dessus, une plate-forme permanente de collaboration interhospitalière avec les directeurs médicaux et les représentants des conseils médicaux concernant ces activités a été mise en place. En outre, la mise en place de centres de compétences est accueillie favorablement, mais l'EHL tient toutefois à souligner qu'il importe de veiller à ce que la création de centres de compétences ne crée pas une nouvelle situation de concurrence entre les différents établissements hospitaliers.

Par ailleurs, l'EHL informe la Commission encore que des actions communes ont bien progressé au nouveau de l'informatique et de l'achat central et qu'elles seront maintenues et approfondies.

L'EHL tient encore à relever deux points qui lui posent problèmes, à savoir, la mise en place d'un « numerus clausus » des médecins intégrés dans les établissements hospitaliers, ainsi que la mutualisation de l'informatique des établissements hospitaliers.

Numerus clausus

L'EHL craint que la limitation du nombre de médecins agréés ne risque d'avoir un impact négatif sur la qualité des soins aux hôpitaux.

L'EHL souligne qu'il est important pour les hôpitaux qui fonctionnent 24h/24h de disposer d'un nombre suffisant de médecins leur permettant d'assurer leur service. S'y ajoute que les hôpitaux doivent anticiper les départs en retraite de leurs médecins et procéder en temps utile à leur remplacement, mais qu'il devient de plus en plus difficile de trouver des médecins sur le marché du travail européen.

Mutualisation

L'EHL souligne que pour pouvoir maîtriser les coûts, une centrale d'achat a été mise en place et sera développée dans les années à venir. Par ailleurs, l'EHL est d'avis qu'il faut repenser le mode de fonctionnement des laboratoires hospitaliers et préconise le modèle de centres régionaux avec pôles de spécialisation et chaque hôpital disposerait d'un laboratoire pour les urgences.

Etant donné qu'il importe de canaliser les activités de l'ensemble des acteurs de la santé dans le cadre de la gestion de l'information, l'EHL accueille favorablement la création d'une « Agence nationale des informations dans le domaine de la santé ». Elle déplore toutefois que le projet de loi ne souffle mot sur l'initiative de mutualisation de l'informatique que les établissements hospitaliers sont en train de réaliser. En effet, le Centre informatique sectoriel (CIS) sera la structure opérationnelle pour gérer les projets et les activités mutualisées des hôpitaux et il est censé travailler en cohérence avec cette nouvelle agence prévue par le projet de loi, au sein de laquelle l'EHL souhaite d'ailleurs bénéficier d'une représentativité adéquate pour défendre les intérêts du secteur.

L'EHL précise que la création d'un CIS est vitale pour permettre aux hôpitaux de faire face aux exigences de fournir une information hospitalière échangeable, et demande par conséquent, d'intégrer le CIS dans le projet de loi comme signal fort du soutien des organes de tutelle dans la réalisation de ce projet ambitieux, témoignant d'une volonté réelle des établissements hospitaliers de poursuivre une politique de maîtrise des coûts.

Cet exposé est suivi d'un échange de vues, duquel il a lieu de retenir succinctement les éléments suivants :

- par opposition aux négociations individuelles par les différents hôpitaux des prix d'achat des médicaments, le groupement d'achat médical (mutualisation des médicaments) permet aux hôpitaux de négocier en commun les prix d'achat des médicaments ce qui a pour corollaire une réduction des prix d'achat, leur permettant ainsi de réaliser des gains non négligeables.
- en ce qui concerne la création de centres de compétences, l'EHL souligne qu'il faut en premier lieu définir les critères pour déterminer objectivement les pathologies pour lesquelles la mise en place de centres de compétences s'avère nécessaire et utile et en second lieu, conférer une protection adéquate aux centres de compétences, garantissant que les actes médicaux censés être effectués aux centres de compétences ne seront plus effectués ailleurs. En outre, l'EHL est d'avis qu'il importe de clarifier le statut des services nationaux, qui figurent dans le plan hospitalier, mais qui ne sont pas budgétisés. Sont-ils des centres de compétences? Aux yeux de l'EHL, des centres de compétences pourraient être mis en place dans les domaines de la médecine environnementale, de la neurochirurgie, de la thérapie du cancer, par ailleurs la création d'une clinique mère-enfant et d'une clinique orthopédique serait envisageable.

2) Audition d'une délégation de l'UEL

Dans son exposé introductif, le président M. Rodenbourg tient à souligner que l'UEL ne refuse pas en bloc le projet de réforme déposé par le Gouvernement. Cependant, certaines bonnes pistes du projet n'empêchent pas qu'il se doit de relever d'emblée que dans la situation économique actuelle de nombreuses entreprises ne disposent plus de la moindre marge de manœuvre financière. Dès lors, l'UEL doit être attentive à tout élément de la réforme susceptible de renchérir encore le coût d'exploitation des entreprises. Tout renchérissement risquerait d'aggraver la situation des entreprises en difficulté et les rapprocherait d'une issue fatale. Il faut tenir compte du fait qu'à l'intérieur de la Grande Région la situation concurrentielle des entreprises luxembourgeoises s'est progressivement dégradée et qu'il faut absolument redresser cette évolution. En tout état de cause, l'approche économique ne doit pas être négligée dans l'orientation générale de la réforme.

M. Pierre Bley présente les lignes directrices du document "Soigner mieux en dépensant moins", établi par l'UEL en guise de prise de position sur la réforme du système de soins de santé luxembourgeois. Pour le détail de son exposé, il est renvoyé à ce document transmis à

tous les membres de la commission ainsi qu'aux tableaux d'une présentation Powerpoint. (cf. annexe 2)

Selon l'UEL, il faut rappeler d'abord que le système de santé du Luxembourg est caractérisé par une très large générosité: les dépenses pour soins de santé par habitant au Luxembourg sont parmi les plus élevées de l'ensemble des pays de l'OCDE¹. En même temps, la part du financement public pour les dépenses de santé est la plus élevée de l'OCDE. Le corollaire en est que la participation des assurés aux soins de santé se situe parmi les plus faibles en comparaison internationale.

Il s'agit donc également d'un système très cher ayant enregistré au cours des dernières années une progression annuelle moyenne des dépenses pour soins de santé de l'ordre de 6%; à législation constante ce taux de progression se répéterait au cours des années à venir de sorte que le déficit financier cumulé de l'assurance maladie atteindrait 680 mio d'euros en 2014.

Le projet gouvernemental propose un freinage de cette croissance à approximativement 4% au cours des années à venir. Selon l'UEL, cet objectif manque d'ambition dans la mesure où le potentiel considérable de synergies permettant de réduire le coût est loin d'être intégralement exploité.

L'UEL critique par ailleurs le fait que le taux de progression de 4% avancé dans le projet gouvernemental n'est pas motivé par des calculs et données concrètes, de sorte que cette ambition déjà fortement modeste risquerait encore de rester lettre morte.

L'UEL pour sa part considère que la maîtrise des dépenses pour soins de santé est indispensable et qu'il faut mettre un terme aux taux de croissance démesurés des dernières années. Elle considère que ce taux d'augmentation devrait être diminué à 1,5% par an en moyenne entre 2010 et 2014, objectif ambitieux, mais faisable eu égard au potentiel de synergies non exploité. Ce taux moyen de 1,5% pourrait être atteint moyennant l'instauration d'un taux annuel de progression maximal dégressif pour cette période, ceci notamment en mettant à profit les économies pouvant être obtenues moyennant l'extension de la chirurgie ambulatoire.

Interrogé sur la faisabilité d'un freinage aussi incisif du taux de progression, eu égard notamment au taux de progression économique probablement nettement supérieur, au vieillissement de la population et aux investissements à faire dans l'intérêt du progrès médical, l'intervenant ajoute que l'UEL considère cet objectif comme réaliste pour la période jusqu'à 2014 au cours de laquelle les mesures d'économies du projet devraient pleinement porter leur effet. L'UEL est consciente du fait qu'il s'agira d'un freinage temporaire et qu'à l'issue de cette phase d'assainissement on connaîtra inévitablement un retour à un rythme de croissance ordinaire de l'ordre de 3 à 4%, compte tenu du coût dû au progrès médical.

L'UEL regrette encore que le projet reste en défaut de produire des objectifs quantifiables plus ambitieux en ce qui concerne, par exemple, la promotion de la chirurgie ambulatoire. L'UEL considère que le projet véhicule une approche trop timide et défensive à cet égard, alors que la chirurgie ambulatoire doit de toute évidence être renforcée et être accompagnée en parallèle d'une réduction du nombre des lits aigus dans les hôpitaux, ce nombre se situant actuellement au Luxembourg largement au-dessus des normes de l'OCDE.

Un autre point faible, insuffisamment abordé par la réforme, concerne l'explosion de la démographie médicale en milieu hospitalier. Dans le cadre de la planification hospitalière, le nombre de médecins agréés devra être limité aux besoins médicaux réels du pays.

¹ Le Luxembourg figure au 4^e rang derrière les Etats-Unis, la Norvège et la Suisse.

De même, en ce qui concerne les laboratoires, le projet prévoit certaines mesures allant dans la bonne direction, mais selon l'UEL un concept global, introduisant notamment une meilleure répartition des tâches en matière d'analyses médicales, fait défaut. Il est par ailleurs indispensable d'inscrire le LNS dans une stratégie cohérente d'organisation des analyses médicales dans notre pays.

Concernant un autre point majeur de la réforme, à savoir le transfert du financement des prestations de maternité du budget de l'Etat dans le financement normal par cotisation à l'instar de tous les autres risques couverts par la CNS, l'UEL se doit de réfuter cette option du projet gouvernemental. L'UEL considère qu'il s'agit d'un revirement de la politique en la matière consistant à transférer à terme des charges à la CNS pour alléger les finances publiques. Selon l'UEL la dotation spéciale maternité que l'Etat prévoit d'allouer à la CNS est insuffisante.

En matière de planification hospitalière, l'UEL considère que le projet de réforme reste trop vague et que des possibilités substantielles de synergies et de rationalisation ne sont pas suffisamment exploitées, notamment au niveau de la spécialisation des services et de l'organisation commune de certaines activités hospitalières.

Concernant la budgétisation des établissements hospitaliers, l'UEL est d'avis que le système issu de la réforme de 1992 continuera de pécher par une opacité préjudiciable dans la mesure où sur ce point le projet de réforme actuel reste largement en retrait par rapport aux interventions courageuses et ambitieuses qui s'imposent pour contenir l'explosion des coûts dans le secteur hospitalier. L'absence d'une véritable coordination des missions et spécialisations des hôpitaux continue d'engendrer des coûts inutiles. A plus long terme, il faut voir l'intérêt du Luxembourg de faire de ses services de santé un pôle d'attraction au plan transfrontalier, à condition de se soumettre au "benchmarking" de qualité de son offre.

Enfin, en ce qui concerne la gouvernance de la CNS, l'UEL a formulé des propositions pour une réforme en profondeur, essentiellement destinées à en faciliter le fonctionnement et à en améliorer l'efficacité (Pour le détail y relatif, il est renvoyé au document précité).

*

Suite à l'exposé de M. Pierre Bley, il est procédé à un échange de vues duquel il convient de retenir succinctement les éléments d'information supplémentaires suivants:

* Concernant la sécurité et la santé au travail et plus particulièrement la question de l'impact financier sur la CNS des pathologies engendrées par le lieu de travail, il est souligné que l'amélioration de l'environnement de travail du salarié correspond à un souci permanent de l'UEL, parfaitement consciente de l'implication de ce facteur sur le taux d'absentéisme. L'UEL ne dispose cependant pas de données chiffrées concernant l'impact financier précis de ce phénomène.

L'UEL procède régulièrement à des campagnes de sensibilisation des entreprises sur ce sujet alors qu'il est établi que tout investissement dans le bien-être du salarié renforce la motivation de ce dernier, réduit les risques de maladie et finalement se solde positivement pour l'entreprise au plan de la performance économique. L'institut pour le développement durable et la responsabilité sociale des entreprises, créé sous l'égide de l'UEL en 2003, s'occupe également de ce sujet.

Il convient de signaler dans ce contexte encore qu'un groupe de travail associant des experts de l'UEL, de l'IGSS et du CEPS-Instead tend actuellement à identifier pour différents groupes et genres d'activités les taux normaux d'absentéisme. Cette façon de procéder

instaure une comparabilité des entreprises en permettant ensuite d'identifier celles présentant des écarts par rapport aux valeurs moyennes.

* Quant à la nécessité de maintenir l'évolution de la démographie médicale dans des proportions conformes aux besoins médicaux réels de la population, l'UEL, sans être évidemment à même de proposer des solutions toutes faites, critique néanmoins le fait que le projet esquive cette problématique. Or, une intervention volontariste à ce niveau s'impose si on veut vraiment s'engager dans la voie d'une maîtrise des coûts d'un système qui actuellement fonctionne selon le principe que l'offre engendre la demande. L'UEL demande une utilisation plus rationnelle des moyens, mais elle ne préconise cependant pas une rigueur extrême telle qu'elle se retrouve à l'étranger et qui souvent se base sur une logique purement comptable. L'UEL tend à préserver le haut niveau qualitatif de notre système moyennant une utilisation plus efficiente des ressources disponibles.

* Concernant la question d'un éventuel relèvement du taux de cotisation, l'UEL se doit d'insister sur le fait que même un relèvement modeste de deux fois 0,1%, lequel pourrait théoriquement être considéré comme marginal, entraînerait un effet signal hautement préjudiciable au développement futur de l'économie luxembourgeoise.

Les décideurs et investisseurs économiques pourraient en déduire qu'au Luxembourg tout déséquilibre financier dû à une croissance incontrôlée des dépenses serait compensé, dans le réflexe d'une politique à court terme, par un renchérissement du coût du travail.

L'UEL se doit de mettre vivement en garde contre une telle politique de la facilité à court terme, qui impliquerait inévitablement la perte du dernier avantage concurrentiel de notre économie, avantage dû, il est vrai, à une large fiscalisation du système.

* Dans ce même contexte, l'UEL considère qu'il n'est pas opportun de reconstruire la réserve de l'assurance maladie-maternité déjà en 2011 et de financer cette dotation supplémentaire par un relèvement des cotisations lors que durant l'exercice précédent on a puisé dans cette réserve pour éponger le déficit, précisément pour éviter un relèvement des cotisations.

L'UEL a bien été opposée au principe de cette opération unique d'apurement du déficit par le recours à la réserve, mais à présent elle doit fustiger l'incohérence que représente la proposition de reconstruire cette réserve à un moment où la situation financière ne le permet pas. Selon les estimations de l'UEL, cette reconstruction de la réserve pourrait en revanche se faire sans impact sur le taux de cotisation au cours des exercices 2013 et 2014, s'il est politiquement considéré comme indiqué de maintenir la réserve au haut niveau antérieur à l'exercice 2010. Le renoncement à la dotation de la réserve en 2011 entraînerait une économie de l'ordre de 35 mio d'euros, de sorte que le besoin de financement total de l'assurance maladie-maternité ne serait plus que de 65 mio d'euros.

* L'UEL regrette que ses avertissements, itérativement formulés au cours des 15 dernières années, de ne pas aligner en permanence les dépenses de la Sécurité sociale aux taux annuels de croissance économique extraordinaire de cette période, aient été systématiquement ignorés.

A présent, à un moment où ses avertissements se trouvent confirmés par la réalité économique, l'UEL, par principe, se doit de s'opposer à tout relèvement de cotisation, fût-il minime de l'ordre de 0,1%. Il faudra trouver des solutions d'ordre structurel, faute de quoi le recours au relèvement des cotisations risquerait de se reproduire systématiquement au cours des années à venir.

L'UEL regrette encore que le projet de réforme est loin de tirer toutes les conclusions qui se dégagent d'analyses concordantes faites au cours des derniers mois par l'IGSS, le STATEC et par ses propres services.

3) Audition des syndicats OGB-L, LCGB et CGFP

a) OGB-L

Le représentant du syndicat OGB-L M. René Pizzaferrri annonce que l'OGB-L ne finalisera sa position définitive par rapport au projet de loi qu'au moment où il aura pu prendre connaissance des projets de règlements grand-ducaux d'exécution du projet de loi; règlements dont le contenu peut substantiellement influencer l'orientation finale de la réforme et donc de l'appréciation qu'elle comporte. Cette prise de position définitive sera portée à la connaissance de la commission parlementaire.

En suivant la structure du projet de loi, l'intervenant présente les observations que le projet suscite d'ores et déjà de la part de l'OGB-L (ci-après reproduites en résumé succinct).

- Prise en charge (Art. 17 CSS)

L'OGB-L s'interroge sur la portée exacte de différents changements de terminologie, notamment celui consistant au point 3) à remplacer l'expression "les analyses et examens de laboratoire" par celle de "les analyses médicales de biologie clinique".

- Médecin référent (Art. 19bis)

L'introduction du médecin référent trouve l'accord de principe de l'OGB-L. Toutefois, la possibilité d'un remboursement préférentiel pour l'assuré optant pour un médecin référent par rapport à l'assuré renonçant à cette faculté devrait être considérée, du moins implicitement, comme une sanction indirecte à l'égard de ce dernier et pourrait ainsi remettre en cause le libre accès à la médecine. Par conséquent, il faudrait privilégier la voie de la sensibilisation des assurés à l'innovation du médecin-référent plutôt que de prévoir un système de remboursement respectivement de participation différenciée des assurés.

En matière de protection des données, il faut écarter toute possibilité d'accès au dossier médical dans le cadre des relations de travail.

- Médicaments - liste positive - Prise en charge (Art. 22 CSS et svts)

Est à considérer comme critiquable le fait que les décisions sur l'inscription des médicaments sur la liste positive rentrent exclusivement dans le champ de compétence du président de la CNS et que le Comité directeur se trouve largement écarté de ces décisions.

L'OGB-L attend par ailleurs des précisions concernant les modalités de la substitution de médicaments et la répercussion de ce procédé sur la participation de l'assuré.

- Tiers payant (Art. 24 CSS)

Le projet de loi prévoyant certes l'introduction du tiers payant social pour les assurés confrontés à des situations de détresse et de pauvreté considérables, l'OGB-L aurait préféré l'extension généralisée de ce système, à l'instar de modalités applicables à l'étranger. Par ailleurs, il réitère sa demande d'une meilleure information de l'assuré sur les prestations facturées dans le cadre du tiers payant, ceci notamment à des fins de contrôle.

- Financement

L'intervenant s'interroge si l'ensemble des opérations liées au transfert des dépenses de maternité du budget de l'Etat vers l'assurance maladie-maternité ne se solde pas par une régression de la participation de l'Etat dans le financement de cette branche de la Sécurité sociale de 42% à 40%.

Quant au taux unique de cotisation de 0,5% pour les prestations en espèces, on peut se demander s'il est indiqué de faire dorénavant participer au financement de ce volet la catégorie d'assurés ne bénéficiant pas de prestations en espèces, à savoir les retraités. Cette question doit être posée dans la mesure où la cotisation de 0,5% à payer par les bénéficiaires des prestations en espèces ne suffira plus pour couvrir toutes ces prestations - y compris celles nouvelles relatives à la maternité - et que donc les recettes sur base de la cotisation générale payée par tous les assurés devront être mises à contribution à cet effet.

L'OGB-L constate que les données permettant de chiffrer le besoin de financement pour 2011 ont évolué en sorte que ce besoin ne se situe actuellement plus qu'à 78 mio d'euros. Selon l'OGB-L les recettes supplémentaires résultant d'une augmentation des cotisations de 0,1% ainsi que des mesures prévues au niveau des prestataires permettraient largement de couvrir ce besoin de financement, de sorte qu'on pourrait renoncer à une contribution des assurés allant au-delà du relèvement de la cotisation.

Enfin, l'OGB-L considère qu'il est financièrement inopportun de prévoir, comme le projet le propose, la reconstitution du fonds de roulement de la CNS dès l'exercice 2011, mais d'attendre pour ce faire les exercices 2012 à 2014 au cours desquels les mesures d'économies du projet porteront pleinement leur effet.

- Le dossier de soins partagé (Art. 60bis et svts)

Il y a lieu d'assurer que les médecins spécialistes communiquent en tout état de cause l'ensemble de leurs données au médecin généraliste assumant la fonction de médecin référent.

En ce qui concerne la nouvelle Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé, l'OGB-L considère que le rôle qu'il est prévu d'attribuer à ce nouvel organisme aurait pu tout aussi avantageusement être assumé par la CNS. Cette façon de procéder n'écarterait pas les partenaires sociaux de ces missions et aurait par ailleurs l'avantage d'une approche plus rationnelle évitant de multiplier inutilement les structures dans ce domaine de la Sécurité sociale.

- Conventionnement

L'OGB-L attend des précisions - à fournir dans le règlement grand-ducal prévu - quant aux modalités exactes de la procédure de médiation et de décision suivant l'échec de négociations en vue de la conclusion des conventions. Il rappelle dans ce contexte son opposition ferme à toute forme de déconventionnement.

- Cellule d'expertise médicale (Art. 65bis)

En l'absence de précisions restant à fournir dans le règlement grand-ducal d'exécution prévu in fine de cet article, l'OGB-L s'interroge sur la composition et les attributions de ce nouvel organe ainsi que sur la coordination de son action par rapport à celle de la CNS.

- Commission de surveillance (Art. 72 et svts)

L'OGB-L craint que le transfert de la compétence décisionnelle en matière de litiges individuels au président de la CNS n'attribue à ce dernier un rôle de juge et partie et demande que cette disposition soit enlevée du projet.

- Secteur hospitalier

L'OGB-L approuve quant au principe les dispositions de la réforme visant la mise en place de centres de compétences et de filières de soins, à condition pour ces dernières d'assurer un contrôle continu de la qualité au plus haut niveau des soins dispensés aux patients dans ce cadre.

Le principe de l'introduction de la fonction de médecin coordinateur est également à saluer, sous réserve toutefois que, selon l'OGB-L, le texte gouvernemental n'apporte pas de réponse satisfaisante à la question des pouvoirs effectifs pouvant être attribués à cette nouvelle fonction dans un cadre d'exercice libéral de la médecine.

- Médecine

Quant au développement de la chirurgie ambulatoire, il faudra savoir garder mesure et ne pas négliger l'entourage familial et social dans la prise en charge du patient.

Par ailleurs, la reconnaissance officielle et la promotion de la médecine de l'environnement font défaut dans le projet de réforme.

b) LCGB

Le délégué du LCGB M. Alain Rassel souligne que son syndicat a en principe une approche positive par rapport à la réforme.

Toutefois à beaucoup d'égards l'appréciation dépendra en définitive du contenu détaillé que les règlements grand-ducaux d'exécution seront censés apporter au cadre tracé par la réforme légale.

Ainsi l'introduction de la fonction de médecin référent est à accueillir positivement si elle est effectivement conçue comme conférant au patient un médecin de confiance soucieux de le guider et de lui procurer les meilleurs soins possibles. Par contre, cette innovation serait à rejeter si elle avait pour effet de transformer le rôle du médecin généraliste dans une sorte de "gate-keeper", à l'instar du système britannique avec une mission de rationnement des soins de santé.

De même, le dossier de soins partagé du patient est susceptible de comporter une multitude d'avantages pour le patient, à condition que l'accès en soit strictement réglementé et qu'il soit exclu que ce dossier puisse, par exemple, servir pour juger de l'employabilité d'un assuré.

Le principe de la substitution de médicaments prévue par le projet en tant que tel est à apprécier positivement; mais seulement à condition que la réglementation d'exécution prévoie des garde-fous excluant toute déviation de cet instrument vers un rationnement de l'accès aux soins.

La même approche prudente est de mise par rapport à la notion de bonnes pratiques opposables qui doivent toujours être perçues comme devant s'appliquer dans l'intérêt du patient. Par contre, elles seraient à réfuter dès lors qu'elles serviraient à limiter l'accès à des pratiques sophistiquées, moins fréquentes et partant plus chères.

La transparence que la réforme propose d'améliorer à plusieurs niveaux constitue un autre aspect positif du projet, à condition de ne pas tomber dans des travers de bureaucratie anéantissant l'objectif louable initial.

Enfin quant aux participations de l'assuré, il faut éviter que ces dernières puissent porter sur des éléments - p.ex. analyses de laboratoire - sur lesquels le patient n'a aucune influence.

c) CGFP

Le représentant de la CGFP M. Claude Geimer souligne à titre préliminaire que la réforme s'inscrit dans notre système du conventionnement obligatoire et qu'elle doit avoir comme finalité d'assurer une médecine de haute qualité pour tous les assurés.

Les modifications structurelles proposées par le projet comportent de nombreuses pistes qui en principe sont à aviser positivement tout en donnant lieu à des remarques et questions ponctuelles.

Ainsi, si l'extension de la chirurgie ambulatoire au détriment de la chirurgie stationnaire correspond effectivement à une évolution générale au plan international, il faudra néanmoins assurer que les économies réalisées à ce titre puissent se faire en préservant intégralement la sécurité du patient et la meilleure qualité possible des soins.

Dans un même ordre d'idées, les filières de soins, auxquelles on pourrait à première vue reprocher de limiter le libre choix du patient, auront l'avantage que les patients puissent en tout état de cause bénéficier de soins de qualité dispensés par des prestataires capables d'assurer cette qualité de par la fréquence dans leur chef de la pratique de l'acte. Cette qualité devra faire l'objet d'évaluations continues et être certifiée.

A contrario, les filières de soins épargneront à l'avenir aux patients de subir des interventions pratiquées par des prestataires risquant de ne pas être à la hauteur de la complexité de l'acte, précisément par le fait d'une expérience insuffisante.

Quant à la révision de la nomenclature, la CGFP considère qu'elle peut constituer un élément positif et contribuer à la fois à la qualité des soins et à la réalisation d'économies.

*

En fin de réunion, il est procédé à un bref échange de vues au cours duquel les points suivants sont évoqués et précisés:

- le rôle étendu que le projet propose de conférer au Contrôle médical et le problème de la compétence liée de la CNS par rapport aux décisions du Contrôle médical. L'OGB-L et le LCGB en déduisent la nécessité de faire accompagner le Contrôle médical par un organe statuant sur l'orientation générale de son action, ceci pour contrebalancer le fait

que les décisions du Contrôle médical en tant qu'administration étatique se répercutent sur un organisme non étatique - la CNS -, sans possibilité de recours de cette dernière.

La CGFP est plus réservée à cet égard en soulignant que le Contrôle médical fonctionne selon les principes d'une administration étatique, avec les garanties afférentes, sous la responsabilité administrative du Ministre. Doter le Contrôle médical, par exemple, d'un conseil d'administration aurait pour effet d'enlever en quelque sorte cette responsabilité au Ministre et modifierait la nature juridique du rôle à jouer par cette instance.

- le catalogue des mesures d'économies envisageables pouvant être soumis au Comité directeur de la CNS dans sa réunion du 10 novembre 2010;
- la restriction de l'admission à l'assurance continuée par l'introduction d'une condition de stage de 6 mois, cette restriction touchant en premier lieu des personnes se trouvant dans une situation sociale précaire;
- la nécessité de la prise en charge inconditionnée des personnes souffrant de pathologies de la dépendance (alcool, drogues) et les efforts à déployer pour s'attaquer aux raisons de ces pathologies, notamment dans l'entourage social des personnes concernées;
- les suppléments pour convenance personnelle, injustifiés et à abolir selon l'OGB-L, et la problématique des chambres de 1^{ère} classe dans les hôpitaux, ne justifiant aucunement, selon l'OGB-L, une rémunération supplémentaire des prestations médicales y dispensées;
- la suppression générale du plafond cotisable, susceptible de générer un surplus de 180 mio d'euros, serait selon l'OGB-L et le LCGB la meilleure option pour équilibrer durablement la situation financière de la CNS, la CGFP s'opposant toutefois à une solution intermédiaire consistant par exemple à relever le plafond actuel de 5 fois le salaire social minimum à 7 fois le salaire social minimum.

* * *

La prochaine réunion aura lieu jeudi, le 11 novembre 2010 de 14.00 à 16.00 heures (en cas de besoin jusqu'à 16.30 heures). Cette réunion sera consacrée aux conclusions à tirer des auditions de ce jour ainsi qu'aux propositions d'amendements éventuels qui pourraient s'en dégager.

Il est encore retenu que la commission se verra communiquer la documentation soumise à la réunion de la quadripartite.

Luxembourg, le 16 novembre 2010

Les Secrétaires,
Martin Bisenius
Tania Braas

La Présidente,
Lydia Mutsch

Annexes: 2

ANNEXE 1a

Sur base de la prise de position officielle de l'EHL concernant le projet de loi N° 6196, envoyé au Président de la Chambre des Députés à la date du 26 octobre 2010, les exigences de l'EHL par rapport au texte de réforme sont les suivantes :

1. La philosophie de l'article 29 et le texte de l'article 31 de la loi sur les établissements hospitaliers tels que repris dans le projet de loi no. 6196 doivent rester un acquis.
2. L'implication des médecins dans l'organisation de l'hôpital avec une contrepartie incitative doit trouver un répondant dans l'article 65 du code de la sécurité sociale en intégrant l'ajout suivant :
« La contribution des acteurs médecins pour des tâches et/ou réunions le cas échéant multidisciplinaires relatives à des activités organisationnelles et de gestion pour l'hôpital est rétribuée selon une cotation forfaitaire à intégrer dans la nomenclature médicale ».
3. Le concept de budget plafonné doit être nuancé en intégrant dans le texte de l'article 74 du code de la sécurité sociale tel que repris dans le projet de loi no. 6196 les ajouts suivants :
« La progression annuelle de l'enveloppe budgétaire globale tient compte
 - *des mécanismes de progression automatiques tels que l'évolution de l'indice des salaires, les progressions liées à la CCT, l'impact du glissement des carrières, les changements de taux de cotisation,*
 - *ainsi que des impacts budgétaires des grands projets d'investissement ou des dotations en services nouveaux.**S'y rajoute un mécanisme de décompte de réajustement du budget plafonné afin de prendre en compte l'impact de l'évolution de l'activité hospitalière et médicale. »*
4. Un numérus clausus tel que prévu pour les médecins hospitaliers n'apporte aucun avantage au secteur de la santé. Par conséquent, le passage « y compris les nombres minimal et maximal de médecins pouvant être agréés » doit être retiré de l'article 2 de la loi sur les établissements hospitaliers repris dans le projet de loi.
5. La création d'un Centre Informatique Sectoriel (CIS), gestionnaire des applicatifs opérationnels du secteur hospitalier, est vitale pour permettre aux hôpitaux de faire face aux exigences de production d'une information clinique échangeable et de cohérence nationale. Le CIS doit trouver sa place dans le projet de réforme, dans les amendements ou dans l'exposé des motifs comme signal fort des tutelles d'y apporter leur soutien.
6. Un système de financement basé sur une logique d'incitants apportera à terme des résultats plus durables et à un coût de contrôle inférieur qu'un système basé sur des contraintes. Le projet de réforme doit intégrer un passage qui privilégie des concepts tels que le bénéfice de rationalisation etc. comme mécanismes budgétaires dans les futures conventions entre CNS et EHL.

CIRCULAIRE CA

N°: 182 / 2010

Date: 27/10/2010



Secrétariat Général

Monsieur Laurent MOSAR
Président
de la Chambre des Députés

18, rue du Marché-aux-Herbes
L-1728 Luxembourg

Bertrange, le 26 octobre 2010
nréf.: P.J.-M/Vmt/ 183- 2010

Concerne: **Projet de loi no. 6196 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**

Monsieur le Président de la Chambre des Députés,

Nous avons l'honneur de vous communiquer ci-annexée la prise de position officielle de l'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois concernant le texte du projet de loi no. 6196 sous rubrique.

Ce document résume nos principales observations et revendications par rapport au texte du projet de réforme dans sa teneur actuelle. Nous sommes prêts à apporter verbalement toutes les précisions et explications qui seront souhaitées lors de la réunion pour un échange de vues avec la Commission parlementaire de la Santé et de la Sécurité sociale ce jeudi, le 28 octobre 2010 de 13.30 à 14.30 heures.

Notre délégation sera composée comme suit :

- Monsieur Paul JUNCK, Président de l'EHL
- Monsieur Marc HASTERT, Secrétaire général de l'EHL
- Monsieur le Docteur André KERSCHEN, Directeur général du CHL
- Monsieur le Docteur Michel NATHAN, Directeur général du CHEM
- Monsieur le Professeur Hans-Joachim SCHUBERT, Directeur général du CHcIN
- Monsieur Christian OBERLE, Directeur administratif de l'HK et Directeur général de la CDB

Veuillez agréer, Monsieur le Président de la Chambre des Députés, l'expression de notre très haute considération.

Marc HASTERT
Secrétaire général

Paul JUNCK
Président

Annexe: Avis EHL ce projet de loi no. 6196

5, rue des Mérovingiens L-9270 Bertrange
Tél. : +352 42 41 42 - 11 - Fax +352 42 41 42 81
BILULULL LU80 0028 1334 0530 0500
www.ehl.lu - e-mail: ehi@ehlu

Transmis pour information aux membres
- de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale,
- de la Conférence des Présidents.

Luxembourg, le 28 octobre 2010

Martin Bisentus
Premier Conseiller de la Chambre des Députés



AVIS de l'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois

relatif au texte du projet de loi no. 6196 portant réforme du système des soins de santé et modifiant :

- 1) Le code de la sécurité sociale et**
- 2) La loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers**

L'avis EHL2010n°6 projet de loi 6196.doc

Préambule

L'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois a pris connaissance du texte du projet de loi no. 6196 sous rubrique tel qu'il a été déposé à la Chambre des Députés. L'EHL avait déjà pris position par rapport au texte de l'avant-projet de loi, version du 8 juillet 2010, et avait dans une lettre adressée au Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale le 24 septembre 2010, exprimé ses inquiétudes et ses attentes par rapport à la réforme en cours.

Tout comme dans son premier avis, l'EHL tient à exprimer son point de vue quant aux éléments essentiels du projet de réforme.

Il convient notamment de rappeler que les gestionnaires des hôpitaux sont tributaires de toute une série de contraintes et de décisions sur lesquels ils n'ont pas de véritable emprise, que ce soit par exemple la demande en soins de santé par les patients, l'impact du vieillissement de la population, le volume et la tarification de l'activité médicale ou l'évolution des nouvelles technologies avec les incidences y relatives sur le coût de l'activité hospitalière en général.

Il en résulte des difficultés de pilotage et de gestion financière des établissements ainsi que des problèmes de responsabilités non clarifiés entre les différentes catégories d'acteurs hospitaliers.

L'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois constate avec satisfaction que par rapport à la version de l'avant-projet, le texte contient maintenant divers passages nouveaux qui vont dans le sens d'une meilleure intégration et collaboration de tous les acteurs hospitaliers, y compris des médecins. Un certain nombre de problèmes ne trouvent cependant toujours pas de solution satisfaisante. Enfin, le texte renvoie à toute une série de règlements grand-ducaux encore à prendre et dont nous ne connaissons pas la teneur. Même si un certain nombre de pistes sont tracées, l'EHL conclut ainsi à l'impossibilité de savoir en l'état actuel des travaux dans quelle direction le secteur va évoluer concrètement.

L'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois tient par conséquent à rappeler les principaux thèmes sur lesquels elle souhaite insister tout particulièrement pour garantir une exécution de qualité du service hospitalier dans l'intérêt des patients et des acteurs concernés.

I. La médecine hospitalière

a) Constat

L'EHL rappelle sa prise de position officielle du 15 mars 2010 destinée au Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale suite aux travaux des groupes ministériels en vue de la rédaction des textes liés à la réforme de l'assurance maladie.

Dans ce document l'EHL proposait de créer un cadre légal clarifiant les relations hôpitaux / médecins et définissant les responsabilités, droits et devoirs de chacun dans la prise en charge des patients et dans la gestion de l'hôpital réglementant la médecine hospitalière.

L'EHL revendiquait une base légale pour la médecine hospitalière qui devra inclure:

- a) un statut clairement défini du médecin hospitalier permettant de renforcer les liens entre ce dernier et l'hôpital ;
- b) l'officialisation de la fonction de médecin coordinateur ;
- c) une réelle mise en pratique du contrat-type hôpitaux / médecins appliqué de manière comparable dans les hôpitaux ;
- d) une clarification des responsabilités individuelles et de la structure hospitalière.

L'EHL constate avec satisfaction que le texte tel qu'il a été déposé à la Chambre des Députés intègre enfin un cadre minimum définissant le statut du médecin hospitalier. Cette nécessité pour un bon fonctionnement du service hospitalier est incontournable. Des précisions restent toutefois à apporter concernant les responsabilités respectives des différents acteurs hospitaliers par rapport à leurs niveaux d'actions.

D'autre part, les hôpitaux ne peuvent actuellement exercer d'influence ni sur la liberté des prescriptions des médecins, ni sur la demande de plus en plus exigeante des patients. S'y rajoute le vieillissement de la population, les polyopathologies complexes, le problème lié à la responsabilité médicale/soignant et la judiciarisation croissante, les nouveaux médicaments et les nouvelles technologies qui ont pour conséquence que le nombre de prescriptions est condamné à augmenter. Dans un contexte de pression budgétaire croissante, l'EHL estime nécessaire que le volet organisationnel détermine clairement qui est responsable pour quoi.

La question de savoir s'il faudrait une réglementation nationale concernant l'intégralité du fonctionnement d'un hôpital mérite d'être étudiée. Mais certaines bases élémentaires par rapport aux droits et devoirs des différents prestataires devront en tout cas être ancrées au niveau d'un texte légal.

La réglementation de la médecine hospitalière constitue un élément incontournable pour permettre aux directions de garantir la pilotabilité du système, d'où l'insistance de l'EHL en vue d'une telle réglementation. L'insertion de certaines précisions quant au statut du médecin hospitalier au niveau de l'article 31 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers (projet de loi no. 6196) est un premier pas décisif dans cette direction. « Art. 31. Le médecin hospitalier est lié à l'établissement hospitalier soit par un contrat d'agrément, soit par un contrat de travail. Le médecin hospitalier agréé exerce son activité à titre principal ou accessoire dans un ou plusieurs services hospitaliers sous sa propre responsabilité et sans lien de subordination sur le plan médical, tout en respectant le cadre défini par l'organisme gestionnaire dans le règlement général visé à l'article 23, notamment pour ce qui est de la continuité des soins et des gardes, de la

documentation des soins, de participation à la démarche qualité et à la prévention des risques, des relations interprofessionnelles au sein de l'institution et de l'utilisation efficiente des ressources disponibles. »

b) Interaction « médecin coordinateur / médecin hospitalier »

Un cadre légal clair pour la médecine hospitalière constitue également un prérequis pour faire fonctionner efficacement le système du médecin coordinateur. Si le médecin hospitalier n'est pas obligé de respecter certaines contraintes organisationnelles, la mise en place de médecins coordinateurs n'apportera aucun bénéfice organisationnel ou fonctionnel. L'absence d'une hiérarchisation médicale dans les hôpitaux, à l'exception du CHL, rend en effet la gestion des institutions hospitalières difficile. Nous sommes convaincus que la nomination de médecins coordinateurs dans nos hôpitaux sera une première étape dans la réalisation de ces objectifs ambitieux et nous soutenons pleinement leur mise en place. Le projet d'intégration des médecins hospitaliers par le biais des médecins coordinateurs requiert un cadre légal permettant de situer le médecin hospitalier et le médecin coordinateur par rapport à la direction, aux responsables de service et aux autres médecins hospitaliers. Le succès du futur « binôme de gestion » responsable soignant de service – médecin coordinateur dépendra, hormis des compétences managériales, du respect mutuel tant au niveau de la personne (respect humain) qu'au niveau de la profession (respect professionnel).

Il est bien entendu que les médecins hospitaliers devront être concrètement responsabilisés par rapport aux contraintes budgétaires alors que les gestionnaires des hôpitaux doivent faire face à des limitations budgétaires de plus en plus contraignantes (cf. point II ci-après). Les aspects liés à la responsabilité des uns et des autres ne doivent pas non plus être négligés dans ce contexte.

II. Le budget hospitalier

L'EHL ne peut en aucune manière accepter que le nouveau texte reste inchangé pour ce qui est du plafonnement de l'enveloppe budgétaire et qu'aucune modalité de décompte en cas de dépassement des budgets ne soit prévue. Le texte reste également muet concernant la mise en place d'un modèle d'incitants favorisant les économies.

A la lecture du projet de loi, l'EHL constate que le texte a peu évolué. Les changements de texte portent sur :

- ✓ la suppression de la saisine du Comité de quadripartite en cas de dépassement budgétaire de 1% ;
- ✓ l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2012 de la débudgétisation des laboratoires hospitaliers pour l'activité extrahospitalière ;
- ✓ la mise à disposition par la CNS aux établissements hospitaliers du relevé des actes prestés aux patients par les médecins agréés.

L'EHL salue ces adaptations de texte mais continue à déplorer un plafonnement de l'enveloppe budgétaire globale tel qu'actuellement prévu.

a) L'enveloppe budgétaire globale

Etant donné que les hôpitaux sont des entités juridiques indépendantes et pleinement responsables, l'EHL demande le maintien d'un système de **budget individuel par hôpital** tout en développant de manière proactive les efforts de mutualisations et certains standards communs. En effet, les spécificités infrastructurales et organisationnelles nécessitent souvent des dotations budgétaires adaptées.

Concernant les 3% de progression annuelle de l'enveloppe globale 2011-2012, il sera nécessaire en premier lieu de préciser ce qui sera compris dans ce taux de progression (l'indice à la consommation ?, les progressions liées à la CCT ?, le glissement des carrières ?, les changements de taux de cotisation ?, l'impact des investissements immobiliers sur les budgets hospitaliers ?, des projets ponctuels comme par exemple « Maison Omega », ...) et en second lieu, de limiter cette progression forfaitaire à certaines activités, d'autres activités nécessitant une approche plus affinée (prévoir un mécanisme pour des événements sur lesquels les hôpitaux n'ont pas de maîtrise).

L'EHL insiste pour que la **progression annuelle de 3%** de l'enveloppe globale soit une **progression réelle** et non un système de progression annihilé dès le départ par des mécanismes d'intégration automatique de certaines progressions sur lesquelles les gestionnaires d'hôpitaux n'ont pas d'emprise !

Les dépenses hospitalières sont fonction de la population et des coûts liés au progrès médical. La santé de la population est elle même fonction des déterminants environnementaux et comportementaux. L'hôpital met à disposition des moyens pour l'exécution de prestations de soins. Le patient et le médecin sont les initiateurs du processus de soins et à ce titre doivent être sensibilisés, impliqués et responsabilisés sur l'importance et l'impact de leurs choix. En limitant de manière arbitraire le taux de progression de l'enveloppe budgétaire globale, les hôpitaux ne pourront plus à terme maintenir et garantir leur mission de service public, à savoir, une équité de soins et une qualité de soins à tous les patients.

En conséquence, sur ce point l'EHL résume sa position comme suit concernant les opérations budgétaires :

- ✓ l'activité ne peut pas rentrer dans le cadre d'un plafonnement du budget ;
- ✓ le taux de progression ne doit pas intégrer les automatismes cités ci-avant ;
- ✓ cette progression forfaitaire (3% pour 2011-2012) pourrait tout au plus être limitée à certaines activités, d'autres activités nécessitant de par leur complexité une approche plus affinée ;
- ✓ le budget doit prévoir une marge de sécurité permettant de couvrir des dépassements budgétaires difficilement prévisibles (pandémie, nouvelles thérapies, médicalisation de la société, vieillissement de la population...);
- ✓ concernant la procédure de détermination de l'enveloppe globale et la détermination de l'évolution de l'activité, l'EHL demande également la **mise en place d'une plate-forme de négociation** permettant de tenir compte des intérêts/contraintes des différents établissements. D'autre part, l'EHL devrait être consultée à un même titre que la CNS et la CPH pour ce qui est du rapport d'analyse prévisionnel à établir par l'IGSS ;
- ✓ des règles claires de décompte devront être établies en cas de dépassements des budgets hospitaliers suite à des hausses de coûts sur lesquelles les gestionnaires d'hôpitaux n'ont pas d'emprise ;

- ✓ enfin, l'EHL rappelle la nécessité d'officialiser un modèle budgétaire intégrant une logique d'incitants. En effet, ces mécanismes permettent aux structures hospitalières de dynamiser les acteurs de la chaîne de soins et sont un moyen pour faire évoluer le système vers plus d'efficacité, au bénéfice du patient (cf. en ce sens aussi le point c) ci-après).

b) Le calendrier des négociations et la durée de l'exercice budgétaire

Concernant la durée de l'exercice budgétaire, l'EHL accepte l'idée d'un budget prévisionnel sur 2 ans à condition de prendre en compte les considérations et demandes détaillées ci-avant et ci-après :

- ✓ Suivant le texte du projet de loi, le premier budget bi-annuel serait à remettre le 1er mars 2011 pour les exercices 2011 et 2012. Etant donné ces délais très courts et sachant que les établissements hospitaliers ont déjà remis leurs budgets 2011, il serait souhaitable que les budgets 2011 et 2012 soient encore établis suivant la réglementation actuelle.
- ✓ La remise des projets de budgets soit réalisée le 1er octobre 2012 et non pas le 1er juillet 2012 pour les périodes 2013-2014. L'enjeu est de réaliser une élaboration fiable et concertée qui est seulement possible endéans ce délai raisonnable ;
- ✓ Les hôpitaux ne devront pas subir de préjudices liés au principe de la liberté thérapeutique médicale ;
- ✓ Pour les années suivantes, concernant la procédure de détermination de l'enveloppe globale et la détermination de l'évolution de l'activité, une plate-forme de négociation permettant de tenir compte des intérêts des différents établissements devra être mise en place ;
- ✓ Les négociations budgétaires devront débuter au plus tard le 15 novembre pour aboutir le 28 février, afin de disposer d'un budget prévisionnel dès la première année budgétaire ;
- ✓ Le budget contiendra une marge de sécurité permettant de couvrir des dépassements budgétaires non prévus ;
- ✓ La dotation du personnel et tous les autres postes budgétaires calculés seront adaptés en fonction des exercices budgétaires antérieurs et de l'évolution de l'activité. A noter qu'une complexification du système budgétaire (système mixte forfaitaire, système full cost) nécessitera pour sa mise en place et son suivi, plus de compétences et de personnel administratif.
- ✓ Il convient de ne pas perdre de vue que l'établissement d'un budget sur deux ans implique logiquement la rédaction d'un document des normes également sur une période de deux ans. On peut se poser la question comment seront adaptés p.ex. les heures à travailler, la fourchette de dotation en personnel, les résultats des audits PRN, etc.
- ✓ L'EHL soutient le principe d'une comptabilité analytique documentant la maîtrise et la comparabilité du coût total en impliquant les prescripteurs dans la gestion et le contrôle des processus.

L'EHL insiste également pour que les délais de procédure soient respectés par la CNS. La convention EHL-CNS et les réglementations en vigueur doivent être respectées.

Afin de permettre une meilleure gestion des délais, il sera proposé à la CNS d'utiliser directement les fichiers électroniques des hôpitaux plutôt que de tout recopier manuellement. Il est donc proposé d'organiser un système à gérer via une communication électronique à l'image des procédures déjà en vigueur avec l'administration des contributions.

c) Les incitants

L'EHL s'accorde aussi pour revendiquer la mise en œuvre d'un système budgétaire intégrant une logique d'incitants pour honorer les efforts de rationalisation. Il serait utile, voire nécessaire de prévoir des mécanismes qui permettraient aux établissements d'investir les économies réalisées dans d'autres domaines, sans perdre le fruit financier de ces économies.

D'autre part, il faudrait prévoir une rémunération adéquate des acteurs médecins dans le cadre de leur implication dans des réunions multidisciplinaires et des tâches organisationnelles pour l'hôpital. Une telle approche misant plutôt sur des structures et des procédures innovatrices des hôpitaux que sur de simples structures de contrôle telles que développées dans le texte du projet de loi serait un investissement à valeur ajoutée élevée, garant d'une saine motivation des acteurs dans l'intérêt de la Qualité des services aux patients.

Le système de la prime Qualité prévu à la convention-cadre EHL/CNS devra également être maintenu car il constitue un des seuls éléments clés déjà existants pour améliorer de manière continue les processus.

III. La documentation

a) La Nomenclature

L'EHL souhaite un système de codification uniforme et national valable des actes et des procédures médicales et soignantes.

L'EHL souhaite d'autre part que la documentation et l'évaluation des activités soit améliorée, et en ce sens demande de veiller à la transparence de l'activité médicale à l'hôpital avec la mise en place d'un système de contrôle objectif basé sur une documentation correctement réalisée (ce genre de contrôle ne peut se faire sous la responsabilité des établissements via les équipes soignantes).

Alors que la mise en place progressive d'un système « coûts complets » est envisageable, certains pré-requis devront être garantis, notamment la mise en place d'une nomenclature médicale adaptée en cohérence avec le système de codification, ainsi qu'une responsabilisation du corps médical par rapport aux budgets alloués.

L'EHL marque son accord avec la mise en place d'un dossier patient informatisé standardisé et interopérable via une meilleure harmonisation des systèmes informatiques, à condition que la question du financement soit réglée.

Vu l'impact important de la nomenclature en tant qu'incitatif sur le comportement des prescripteurs engendrant les frais à gérer dans les hôpitaux, il est incontournable d'associer les hôpitaux à sa mise en place. Les clés du système se situent en effet au niveau de la nomenclature. Nous savons que l'orientation et la planification du système sont réalisées via la nomenclature des actes. Or, une majorité d'actes est réalisée au niveau de l'hôpital. La nomenclature a un impact sur l'activité médicale et donc sur l'activité hospitalière (dotation en personnel et investissements) et les budgets hospitaliers (frais variables).

D'autre part, pour les établissements avec des médecins salariés, il existe un impact direct sur les comptes annuels de l'hôpital. Plusieurs hôpitaux occupent aussi des médecins

auxquels ils garantissent une rémunération forfaitaire. Il serait dès lors inconcevable que les hôpitaux ne soient pas directement impliqués au sein de la commission de nomenclature et restent sans droit d'initiative en ce qui concerne la détermination de la valeur pécuniaire des actes prestés par ces médecins.

L'EHL souhaite aussi que l'activité des médecins non-directement liée à l'acte médical soit considérée dans la nomenclature. Sur ce point l'EHL renvoie aux considérations développées sous le point c) incitants ci-avant. En effet, les tâches et missions telles que prévues au texte du projet de loi pour la médecine hospitalière nécessitent une telle approche.

L'EHL avait dans son avis relatif au texte de l'avant-projet de loi adressé le 24 septembre 2010 au Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale, exprimé son désir de pouvoir intégrer la commission de nomenclature. L'EHL lit avec satisfaction dans le texte du projet de loi no. 6198 que sa demande a été considérée. Cet important changement dans la composition de cette commission permettra enfin à un représentant des hôpitaux de participer directement aux travaux de la commission de nomenclature, ce qui est crucial étant donné les conséquences de la nomenclature des actes médicaux sur le fonctionnement de l'hôpital.

b) La communication

Un système de communication des données anonymisées liées à l'activité médicale à l'hôpital devra être mis en place afin de permettre aux gestionnaires des hôpitaux de considérer efficacement et de gérer les éléments d'information ayant une incidence financière et budgétaire. Le texte de loi devrait régler la question de la protection des données à caractère personnel y afférente.

IV. L'association d'établissements hospitaliers et les mutualisations

a) L'organisation des soins médicaux

L'EHL rappelle sa position déjà exprimée

1. De persévérer dans ses efforts de création d'une **plate-forme permanente de collaboration interhospitalière** avec les directeurs médicaux et les représentants des conseils médicaux concernant ces activités. Cette plate-forme travaille actuellement sur un certain nombre de pistes réalistes basées sur des critères objectifs.
2. d'œuvrer ensemble en vue de la création de **Centres de compétences**.

L'EHL constate un manque de détails pour la mise en place des nouveaux concepts de centres de compétences et de filières de soins intégrées. Comment vont-ils s'articuler avec les terminologies existantes (service national, service spécialisé, service de soins, etc.) ? L'EHL demande d'être étroitement associé à l'établissement du règlement grand-ducal afférent.

Dans le cadre de la **détermination des normes des services médicaux** et de chaque type de service en général (art. 10 de la loi hospitalière de 1998) le point 2 est amendé par le projet de loi en y intégrant les « modalités de documentation de l'activité », ce qui est nécessaire pour répondre aussi aux besoins de l'Agence Nationale des Informations Partagées comme de la Commission permanente pour le secteur hospitalier (CPH) et du

Comité National de Coordination de l'Assurance Qualité des Prestations Hospitalières
CoNaQual PH.

Il faut néanmoins rendre attentif au fait que depuis la promulgation de la loi en 1998, aucun règlement grand-ducal n'a été pris au niveau de normes quelconques. Jusqu'à présent le législateur a laissé aux contractants EHL et CNS le soin de définir des normes de dotation (Commission des Normes EHL/CNS) et dans un certain sens aussi des normes qualitatives. Il serait opportun que le législateur officialise cet état des choses au niveau des normes de dotation et permette à cette commission de disposer de toute information complémentaire de politique de santé publique et planification hospitalière pouvant influencer ces normes de dotation afin de répondre aux objectifs de cet article de la loi. Par ce biais cette commission pourrait devenir un organe consultatif « obligatoire » de la CPH en cas d'avis sur la planification hospitalière.

Dans ce contexte il faudrait au niveau de cet article du projet de loi revoir, respectivement préciser les modalités d'avis sur base de l'art 19 actuel de la loi hospitalière (cf. CPH). De plus, il faudrait élargir les compétences du CoNaQual PH dans le sens qu'il serait entendu d'office en son avis en ce concerne la planification hospitalière et surtout en ce qui concerne la définition des critères minima de qualité de prise en charge et sécurité du patient et du personnel ainsi que des modalités des rapports qualité à fournir par les hôpitaux et les médecins agréés au niveau des résultats cliniques des prises en charge (dont aussi en ce qui concerne les infections nosocomiales).

b) Numerus clausus

Si l'EHL peut marquer son accord avec une certaine régulation de l'offre médicale, elle ne peut acquiescer au concept de numerus clausus pour la population médicale à l'hôpital. En effet un numerus clausus « médical » combiné aux effets d'un budget global constitue la définition même d'une régression de la Qualité des soins à l'hôpital et est contraire aux principes d'une médecine libérale que le gouvernement dans sa déclaration de coalition veut cependant sauvegarder. Les dérives sont inévitables avec une telle approche qui favorise l'extrahospitalier et handicape gravement la pilotabilité du secteur. Comment gérer efficacement une population médicale confrontée à de nombreuses répercussions liées à une grande diversité des modalités d'exercice de la médecine, comme par exemple l'impact de la féminisation grandissante de la profession ou à des impératifs dictés par les assureurs en raison de la réglementation communautaire par rapport au temps de travail ?

Certes, l'EHL constate que cette disposition a été reformulée, le terme de « numerus clausus » ayant été remplacé par « la planification des services hospitaliers, y compris les nombres minimal et maximal de médecins pouvant être agréés, en fonction des besoins du pays en services hospitaliers » et déplacée du chapitre consacré aux budgets hospitaliers pour la replacer dans le chapitre consacré à la planification hospitalière, mais le problème subsiste quant au fond.

Pour le surplus, l'EHL renvoie également à ses observations déjà formulées dans le cadre du préambule au présent avis pour ce qui est de l'évolution des nouvelles technologies et de la demande conséquente des bénéficiaires de soins de santé. On ne peut pas juguler la demande grandissante de soins en freinant seulement l'offre de services par un numerus clausus des médecins.

c) Les mutualisations

Une participation aux efforts de coordination centrale d'activités administratives, logistiques et techniques est à développer pour les années à venir. Ceci pourra s'articuler via des négociations communes ou par regroupement de compétences existantes, respectivement de partage d'infrastructures. Des actions communes ont déjà bien progressé au niveau de l'informatique et de l'achat central. Ces actions seront maintenues et approfondies.

→ L'achat central

Cette activité est incontestablement une activité commune à prioriser. De nombreux efforts ont déjà été réalisés. Des objectifs supplémentaires sont programmés.

La collaboration développée avec les pharmacies hospitalières depuis 1995 a mené à une concertation au niveau des prix d'achats dans de nombreux domaines, que ce soient les dispositifs médicaux, les médicaments ou d'autres produits. Cette action a été menée dans un groupement d'achat composé notamment des pharmaciens du secteur hospitalier et formalisé à l'EHL.

Les gains réalisés par les négociations communes de 2007 à 2009 au niveau du groupement d'achat médical, calculés à partir des prix négociés jusqu'en 2007 individuellement par les hôpitaux s'élèvent à 5.710.000 €.

A l'image de ce succès, l'EHL entend développer son activité « achat central » à d'autres produits et équipements. Une approche commune pour la passation d'importants marchés publics est en cours depuis 2009 et forte d'une expertise juridique et économique nécessaires, l'EHL est maintenant à même de mener à bien un nombre conséquent de marchés de biens et de services dans l'intérêt du secteur.

→ L'informatique / L'Agence Nationale des informations partagées dans le domaine de la santé

L'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois a pris connaissance de la volonté de création d'une agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé. Une telle approche est intéressante si l'on considère qu'il faut absolument canaliser les activités de l'ensemble des acteurs de la santé dans le cadre de la gestion de l'information.

Il faut cependant bien distinguer cette approche par rapport à l'initiative de mutualisation de l'informatique que les établissements hospitaliers sont en cours de réaliser et qui mènera selon une roadmap définie de 2011 à 2015 à une rationalisation de la gestion informatique dans le domaine du hardware, du software, de la maintenance et aussi du développement, respectivement de l'implémentation applicatif.

Le Centre Informatique sectoriel (CIS) sera la structure opérationnelle pour gérer les projets et les activités mutualisés des hôpitaux dans ce domaine. Il travaillera en cohérence avec la nouvelle structure « Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé » prévue au texte de l'avant-projet de loi. En ce sens, l'EHL participera aux travaux de la nouvelle Agence pour permettre une bonne implication et coordination des activités de la structure CIS des hôpitaux. Le CIS est une structure essentielle pour une bonne gestion de l'information et de l'informatique des hôpitaux. La montée en charge de la structure repose sur une étude réalisée par Deloitte et l'EHL.

développe actuellement un business plan détaillé sur base de cette étude. L'EHL revendique donc la reconnaissance du CIS dans le texte de la nouvelle loi.

Le financement du CIS sera à assurer :

1. par un investissement de création du CIS via la procédure prévue à la loi hospitalière,
2. par la mutualisation d'une partie des budgets informatiques hospitaliers,
3. par des budgets attribués par la future Agence Nationale des Informations Partagées pour des projets du périmètre de l'Agence.

Dans un souci de bonne utilisation des fonds publics, la collaboration entre Agence et CIS assurera un important potentiel d'économies du fait qu'une partie substantielle des développements à réaliser par le CIS dans le cadre de la mise en place de projets informatiques hospitaliers communs et de projets d'interopérabilité et d'échange d'informations entre établissements hospitaliers pourra être récupérée par l'Agence dans une approche nationale

Les infrastructures hospitalières non mutualisées resteront hors CIS et continueront à être financées via les budgets individuels.

En conclusion sur ce point, la décision de tous les établissements hospitaliers de participer à ce projet de mutualisation témoigne de leur volonté de poursuivre une politique de maîtrise des coûts et nous pensons qu'il est indispensable d'intégrer la description sommaire ci-dessus dans le projet de réforme comme un signal fort des organes de tutelles d'accompagner l'EHL dans la réalisation de ce projet ambitieux.

L'EHL souhaite d'autre part bénéficier d'une représentativité adéquate au niveau de la future Agence pour prendre en compte les intérêts du secteur.

→ Les laboratoires de biologie médicale des hôpitaux

Ici aussi l'EHL entend rappeler sa position exprimée dans sa prise de position précitée du 15 mars 2010 alors que nous avons constaté que le texte du projet de loi n'a pas intégré nos propositions.

En considérant que le laboratoire fait partie de l'activité de chaque hôpital et qu'actuellement, même après la fusion en cinq entités, il existe encore sept laboratoires hospitaliers avec des coûts d'investissement et d'exploitation élevés et une évolution technologique galopante, l'EHL conclut à la nécessité de repenser le mode de fonctionnement des laboratoires hospitaliers.

Sans vouloir entrer dans les détails exposés le 15 mars 2010, l'EHL préconise le modèle de centres régionaux avec pôles de spécialisation. Chaque hôpital disposera d'un laboratoire pour les urgences. Chaque région disposera d'un plateau technique pour les activités de base : analyses courantes et urgences. Pour la région centre les trois hôpitaux acceptent de discuter une concentration de leurs moyens aussi pour les activités de base. Les activités spécialisées seront concentrées dans des centres de compétences uniques pour le pays : allergologie, microbiologie, sérologie (pour certains tests), immunogénétique, immunopathologie, biologie moléculaire, cytométrie.

L'EHL propose de réaliser une structure juridique commune (GIE ou autre forme juridique), afin de réaliser ce projet de mise en commun des laboratoires, et donc aussi du personnel affecté à ces activités.

L'EHL propose aussi d'intégrer dans cette structure commune à créer les activités du LNS directement en rapport avec les activités cliniques, tout en restant localisées dans les nouveaux bâtiments en construction. L'EHL attend de cette intégration dans le secteur hospitalier une réponse aux critiques actuelles concernant les prestations du LNS. L'EHL souhaite que le statut de ce secteur du LNS se rapproche de celui des autres acteurs hospitaliers.

d) Conflits d'intérêts

En vue d'une bonne organisation du service hospitalier, nous voudrions encore attirer l'attention du Ministre sur le risque de conflits d'intérêts pouvant surgir dans le chef de certaines personnes impliquées tant au niveau des hôpitaux que des organes décisionnels de tutelle. L'EHL plaide pour un texte ne laissant que peu de place à la survenance d'éventuels litiges et mise sur des actions menées ensemble de manière neutre, objective et constructive.

Conclusion générale

Le présent avis ne constitue pas une prise de position détaillée sur tous les points du projet de loi mais reflète les réserves du secteur hospitalier vis-à-vis de certains éléments de cette réforme entamée sous la menace réelle de la crise financière mais qui risque d'aboutir à des effets contraires aux objectifs recherchés notamment au niveau de la Qualité et du financement des soins de santé.

L'EHL salue l'ouverture faite par le texte du projet de loi pour un cadre de la médecine hospitalière et insiste pour que le texte de l'article 31 reste un acquis.

L'EHL souhaite une implication des médecins dans les tâches organisationnelles de l'hôpital avec une contrepartie incitative dans l'intérêt de la Qualité et des patients. L'EHL préfère une approche motivante plutôt qu'une approche fondée principalement sur des mécanismes de contrôle et de sanctions qui risquerait de porter préjudice à l'attractivité de la médecine hospitalière.

L'EHL n'accepte pas non plus le *numerus clausus* tel que défini par le projet de loi. Il n'est en effet pas possible de juguler la demande grandissante de soins en freinant seulement l'offre de services par un *numerus clausus* des médecins hospitaliers.

L'EHL tient à souligner qu'elle ne peut accepter une progression budgétaire annuelle plafonnée à 3% de l'enveloppe globale qui de plus inclurait certains automatismes développés ci-avant. Une progression ainsi limitée mènerait à une quasi impossibilité pour les gestionnaires des hôpitaux à piloter l'activité des médecins prescripteurs.

En raison de la multitude de règlements grand-ducaux restant à prendre et dont le contenu est inconnu à l'heure actuelle, ainsi que des remarques formulées ci-avant, l'EHL émet ses plus fortes réserves sur certains points importants du texte du projet de loi no. 6196 sous rubrique.

Mais en tant qu'association réunissant les établissements hospitaliers, l'EHL est prête à jouer son rôle et à s'impliquer pleinement dans les grands projets d'avenir du secteur

hospitalier, ceci ensemble avec tous les acteurs concernés. L'EHL souhaite que les prérequis pour une action constructive des acteurs des hôpitaux soient donnés et lance un appel pour que le texte de loi dans sa version définitive intègre les adaptations nécessaires en ce sens. L'EHL insiste donc pour être impliquée directement au niveau des prochaines consultations, également dans le cadre des discussions relatives à l'activité médicale à l'hôpital qui pourraient être menées lors d'une éventuelle médiation telle que demandée par l'AMMD.

Marc HASTERT
Secrétaire Général

Paul JUNCK
Président



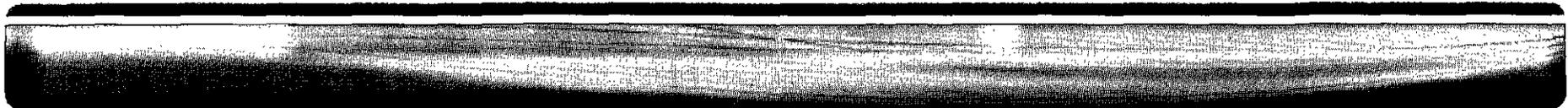
UNION DES ENTREPRISES
LUXEMBOURGEOISES

- ANNEXE 2 -

SOIGNER MIEUX EN DEPENSANT MOINS

**Feuille de route de l'UEL pour réformer efficacement
le système de soins de santé**

UEL, le 7 octobre 2010





UNION DES ENTREPRISES
LUXEMBOURGEOISES

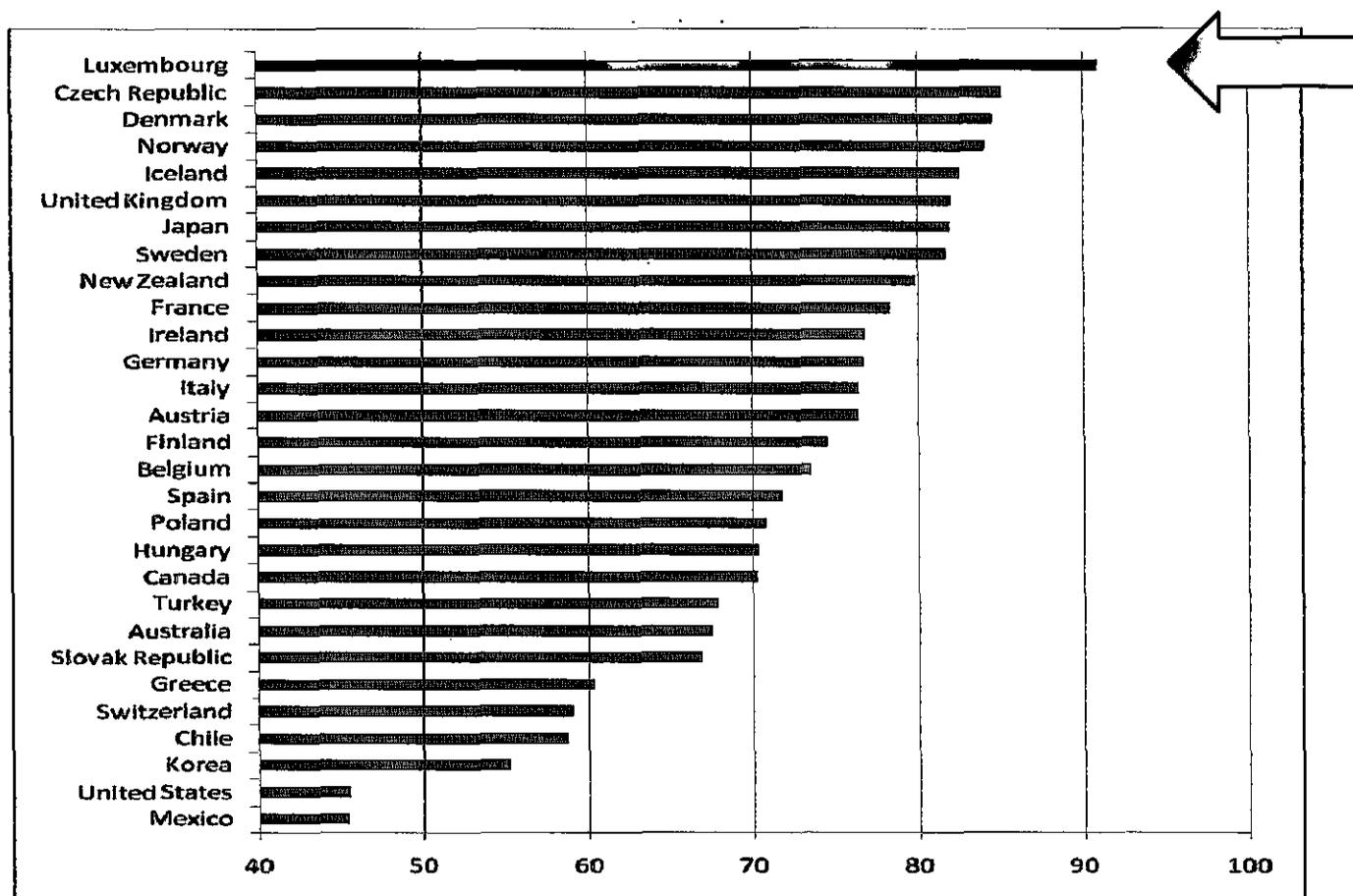
Le système de soins de santé au Luxembourg

Union des Entreprises Luxembourgeoises - UEL
7, rue Alcide de Gasperi Luxembourg-Kirchberg
Boîte postale 3024 L-1030 Luxembourg



UNION DES ENTREPRISES
LUXEMBOURGEOISES

Proportion du financement public en % du total des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE en 2007



Source : OCDE, Eco-santé 2010



UNION DES ENTREPRISES
LUXEMBOURGEOISES

1ère PARTIE

SOIGNER MIEUX...



UNION DES ENTREPRISES
LUXEMBOURGEOISES

Une meilleure offre de soins

- Une offre médicale plus adéquate
- La redéfinition des nomenclatures des prestataires
- Les médicaments
- Les laboratoires
- La prise en charge directe
- Le dossier personnel et le partage des données
- Le financement des prestations de maternité



UNION DES ENTREPRISES
LUXEMBOURGEOISES

Une rationalisation de l'offre hospitalière

- La planification hospitalière
- La chirurgie ambulatoire
- La démographie médicale en milieu hospitalier
- La budgétisation des établissements hospitaliers et la comptabilité analytique
- Le Comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières
- La Commission permanente du secteur hospitalier



UNION DES ENTREPRISES
LUXEMBOURGEOISES

2ème PARTIE

...EN DEPENSANT MOINS





**UNION DES ENTREPRISES
LUXEMBOURGEOISES**

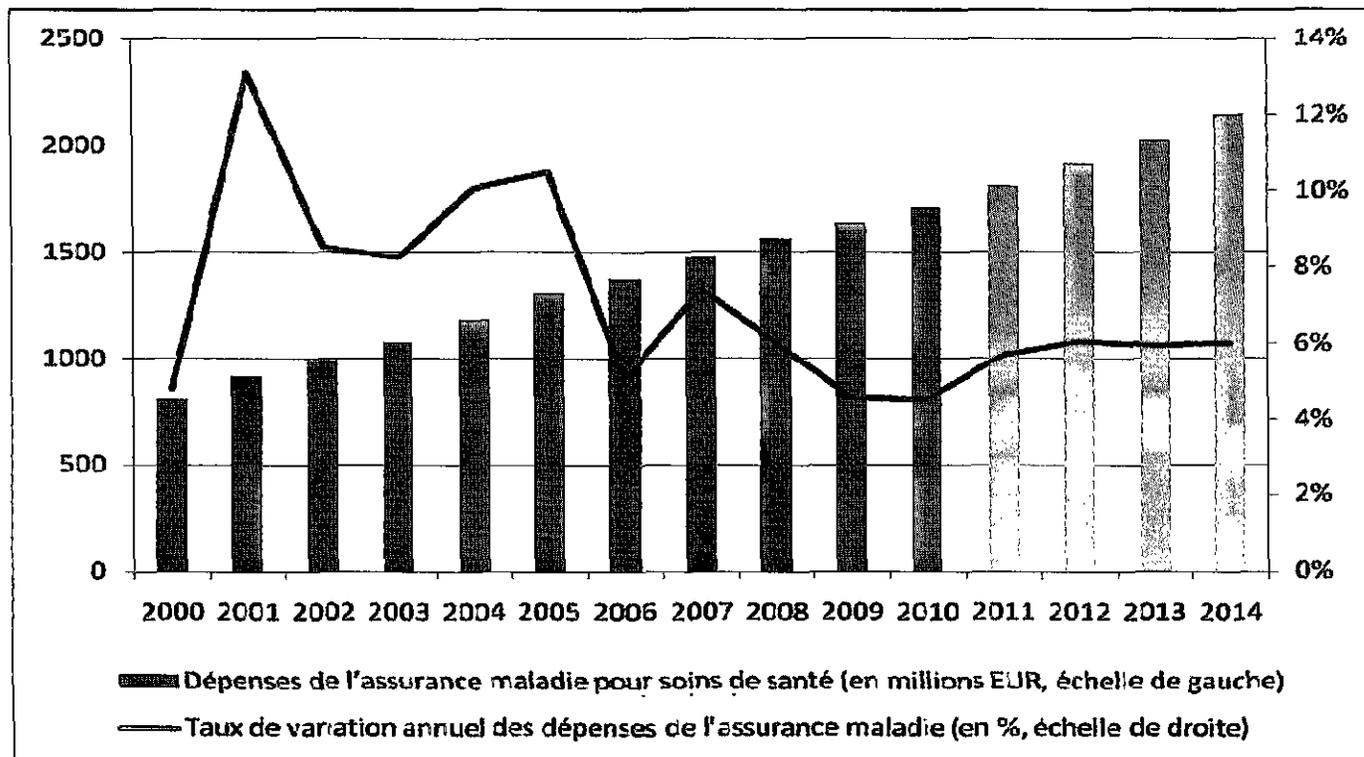
Maîtriser les dépenses de santé

Union des Entreprises Luxembourgeoises - UEL
7, rue Alcide de Gasperi Luxembourg-Kirchberg
Boîte postale 3024 L-1030 Luxembourg



UNION DES ENTREPRISES
LUXEMBOURGEOISES

A politique constante: Une progression moyenne des dépenses pour soins de santé de l'ordre de 6% par an entre 2011 et 2014

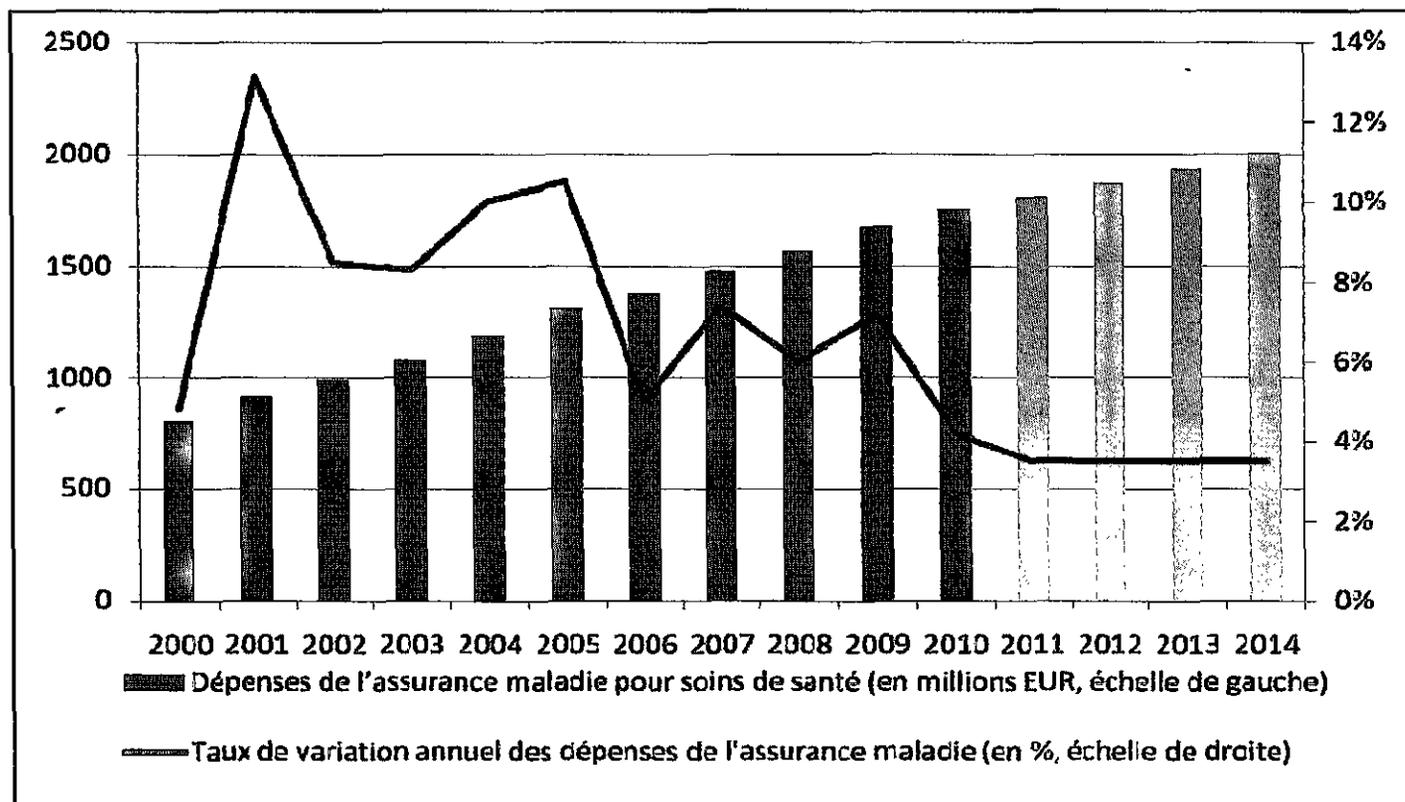


Source : Ministère de la Sécurité sociale et calculs UEL



UNION DES ENTREPRISES
LUXEMBOURGEOISES

Le projet du Gouvernement: Une progression moyenne des dépenses pour soins de santé de l'ordre de 4% par an entre 2011 et 2014

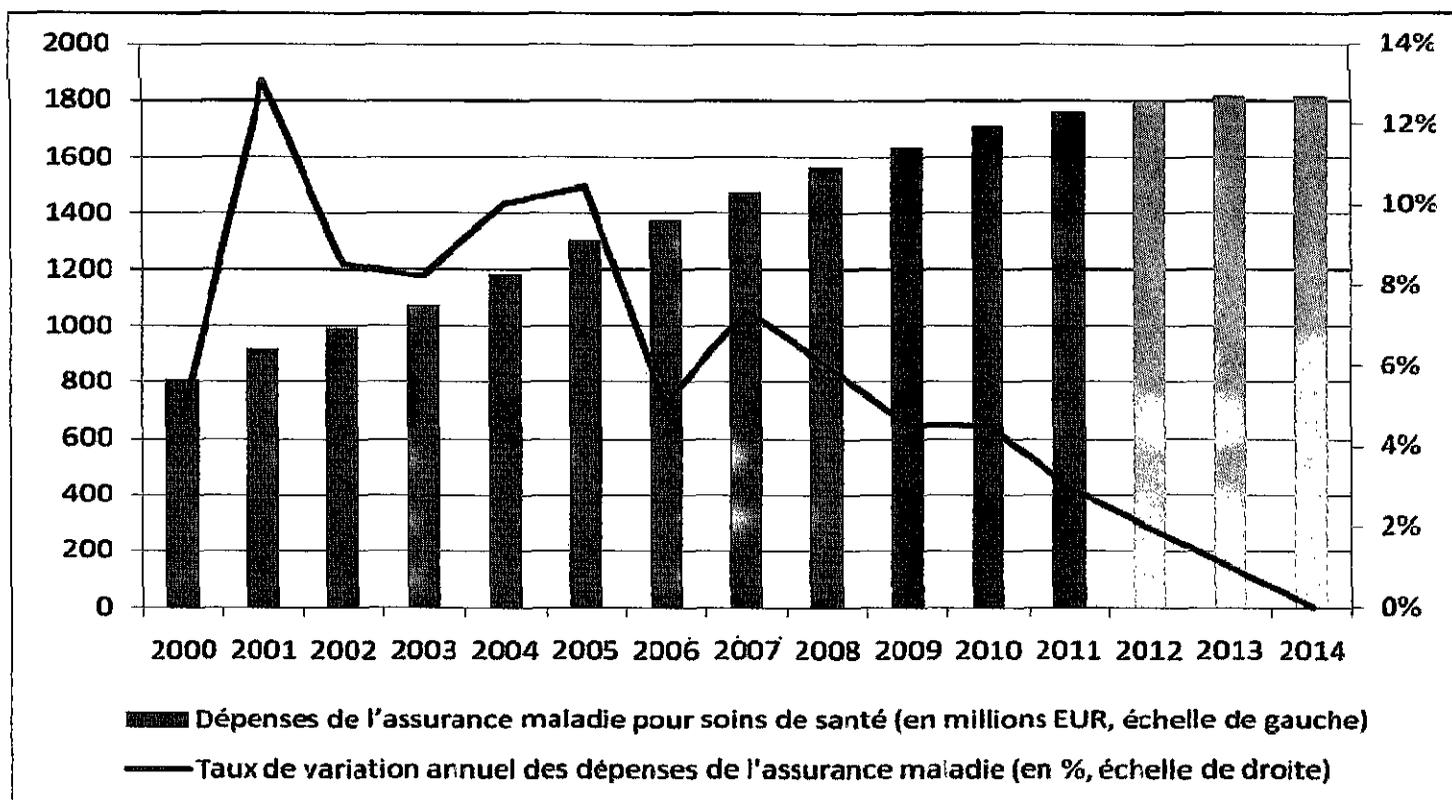


Source : Ministère de la Sécurité sociale et calculs UEL



UNION DES ENTREPRISES
LUXEMBOURGEOISES

La proposition de l'UEL: un taux de progression maximal des dépenses pour soins de santé dégressif



Source : Ministère de la Sécurité sociale et calculs UEL



**UNION DES ENTREPRISES
LUXEMBOURGEOISES**

Maintenir des salaires compétitifs et attractifs

Union des Entreprises Luxembourgeoises – UEL
7, rue Alcide de Gasperi Luxembourg-Kirchberg
Boîte postale 3024 L-1030 Luxembourg



UNION DES ENTREPRISES
LUXEMBOURGEOISES

Ne pas augmenter les taux de cotisation pour soins de santé

L'effet signal que constituerait toute augmentation des taux de cotisations pour soins de santé (aussi marginale soit-elle) présente des risques systémiques pour le développement futur de l'économie luxembourgeoise en termes de:

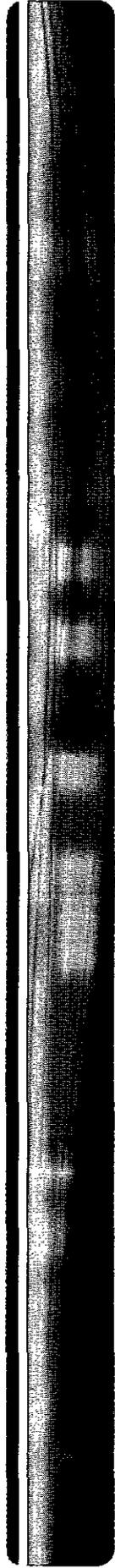
- compétitivité-coût,
- d'attractivité des salaires
- de gestion financière du système de soins de santé.



UNION DES ENTREPRISES
LUXEMBOURGEOISES

3ème PARTIE

...ET EN MODERNISANT LE FONCTIONNEMENT DE LA CNS





UNION DES ENTREPRISES
LUXEMBOURGEOISES

Moderniser le fonctionnement de la CNS

L'UEL demande une réforme en profondeur
des structures de la CNS à travers :

1. un comité de surveillance
2. une direction exécutive
3. la mise en place d'un contrôle externe



UNION DES ENTREPRISES
LUXEMBOURGEOISES

Conclusions

- **La réforme manque d'ambition et d'envergure**
 - Il faut réformer le système de manière à éviter tout relèvement de cotisation

- **L'UEL réfute toute augmentation des charges patronales**
 - Le cas échéant, gel de la participation patronale dans le financement de la CNS
 - Assumant largement le financement des prestations en espèces, l'UEL demande une responsabilisation accrue des assurés et des autres parties prenantes en matière de soins de santé

- **L'UEL propose d'améliorer la gouvernance de la CNS**
 - Les organisations patronales conditionnent leur participation aux organes de la CNS