



CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2011-2012

MB/AF

Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

Procès-verbal de la réunion du 17 novembre 2011

ORDRE DU JOUR :

1. Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 20 octobre 2011
2. 6297 Projet de loi portant création de l'établissement public "Laboratoire National de Santé" et modifiant:
 - la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu;
 - la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales;
 - loi modifiée du 15 juin 1994 relative à la classification, l'emballage et l'étiquetage des substances dangereuses;
 - la loi modifiée du 13 janvier 1997 relative au contrôle de l'utilisation et de la dissémination des organismes génétiquement modifiés;
 - la loi modifiée du 31 mai 1999 portant création d'un fonds national de la recherche dans le secteur public;
 - la loi modifiée du 24 novembre 2002 relative aux produits biocides;
 - la loi du 3 août 2005 relative à la classification, à l'emballage et à l'étiquetage des préparations dangereuses
 - Désignation d'un rapporteur
3. Loi du 17 décembre 2010 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
 - Bilan intermédiaire de la mise en œuvre de la loi

*

Présents : Mme Sylvie Andrich-Duval, M. Marc Angel remplaçant M. Lucien Lux, M. Eugène Berger, M. Jean Colombera, Mme Claudia Dall'Agnol, Mme Marie-Josée Frank, Mme Josée Lorsché, Mme Martine Mergen, M. Paul-Henri Meyers, Mme Lydia Mutsch, M. Marcel Oberweis remplaçant M. Marc Spautz, M. Carlo Wagner

M. Mars Di Bartolomeo, Ministre de la Sécurité sociale
M. Paul Schmit, Caisse nationale de la Santé
Mme Marianne Scholl et Mme Pascale Speltz, Inspection générale de la Sécurité sociale

*

Présidence : Mme Lydia Mutsch, Présidente de la Commission

*

1. Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 20 octobre 2011

Le projet de procès-verbal de la réunion du 20 octobre 2011 est approuvé.

2. 6297 Projet de loi portant création de l'établissement public "Laboratoire National de Santé" et modifiant:

- la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu;

- la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales;

- loi modifiée du 15 juin 1994 relative à la classification, l'emballage et l'étiquetage des substances dangereuses;

- la loi modifiée du 13 janvier 1997 relative au contrôle de l'utilisation et de la dissémination des organismes génétiquement modifiés;

- la loi modifiée du 31 mai 1999 portant création d'un fonds national de la recherche dans le secteur public;

- la loi modifiée du 24 novembre 2002 relative aux produits biocides;

- la loi du 3 août 2005 relative à la classification, à l'emballage et à l'étiquetage des préparations dangereuses

Mme Claudia Dall'Agnol est désignée comme rapportrice du projet de loi.

3. Loi du 17 décembre 2010 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

M. le Ministre de la Santé Mars di Bartolomeo présente l'état d'avancement de la mise en œuvre de la réforme du système de soins de santé¹.

Les principaux points sont les suivants:

1) L'introduction de la fonction de médecin référent (Art. 19bis du Code de la Sécurité sociale, CSS)

Cette innovation a essentiellement pour but de revaloriser les soins médicaux de base, et par conséquent la fonction de médecin généraliste.

L'assuré peut désigner un médecin référent, avec l'accord de celui-ci, dont le rôle sera de coordonner et de mieux organiser les soins dispensés au patient.

¹ Loi du 17 décembre 2010 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

Les discussions entre les acteurs concernés (Cercle des médecins généralistes, l'Association des médecins et médecins-dentistes, la Caisse nationale de la Santé, la Direction de la Santé) ont abouti à un accord sur l'orientation conceptuelle de la fonction de médecin référent. Il y a donc notamment accord sur les missions du médecin référent dans la prévention, dans la gestion du dossier du patient et dans l'accompagnement de maladies chroniques.

Le projet de règlement grand-ducal réglant les relations contractuelles entre le médecin référent et le patient - modalités de désignation, de reconduction, de changement et de remplacement en cas d'absence - a été adapté et finalisé suite à l'avis du Conseil d'Etat du 25 octobre 2011 et pourra être publié dans un proche avenir. Le volet conceptuel de la nouvelle fonction peut donc être considéré comme ayant abouti à une solution consensuelle entre les acteurs concernés.

En revanche, en ce qui concerne le volet conventionnel, à savoir la transposition de la fonction de médecin référent dans la nomenclature et le budget de la Caisse nationale de Santé, les discussions sont toujours en cours. Il s'agira de trouver un accord sur la juste pondération tarifaire de la nouvelle fonction dans la structure budgétaire de la Caisse nationale de la Santé.

Ensuite il est prévu de lancer une campagne d'information à l'intention des patients. Il faudra également procéder à une évaluation du concept des maisons médicales et préciser l'interaction des différentes instances de soins primaires (médecin généraliste, médecin référent, maisons médicales, policliniques) en vue du développement d'un concept global dans ce domaine important des soins de santé.

2) La documentation des prestations de soins

La réforme poursuit l'objectif de remédier à une des faiblesses de notre système de soins de santé, à savoir le manque de données suffisantes, complètes, exactes et validées. Il s'agit donc d'harmoniser les normes de documentation des diagnostics et des procédures médicales. Les instruments de documentation actuels ne sont pas homogènes ce qui empêche de disposer de données comparables entre établissements hospitaliers. Entre-temps le département de la Santé a opéré le choix d'un système de documentation uniforme et obligatoire à appliquer à l'avenir, calqué sur le système français. L'activité médicale pourra être ainsi documentée de façon cohérente et précise.

Le système français de documentation de l'activité médicale, qui sera repris au Luxembourg, a l'avantage de pouvoir être directement implémenté et de devenir donc rapidement opérationnel, ceci contrairement au système américain - qui constituait une autre option envisageable - qui n'est que dans une phase expérimentale à l'heure actuelle et qui n'aurait pu devenir opérationnel qu'après 2015.

3) Dossier de soins partagé (Art. 60quater CSS)

Le dossier de soins partagé regroupe les données médicales concernant le patient, utiles et pertinentes afin de favoriser la sécurité, la continuité et la coordination des soins ainsi qu'une utilisation efficiente des services de soins de santé.

Les conditions-cadre pour la mise en place du dossier de soins partagé ont été définies. Les travaux préparatoires ont abouti à un projet de règlement grand-ducal définissant notamment la structure et le champ d'application du dossier médical permettant sa standardisation en vue d'une future saisine sur support électronique.

4) L'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé (Art. 60ter CSS)

Cette Agence qui regroupe tous les acteurs centraux du projet eSanté (Etat, CNS, CCSS, organismes représentatifs des prestataires de soins et représentation des patients) a notamment pour mission d'implémenter progressivement le dossier de soins partagé et le futur dossier électronique du patient et d'harmoniser d'une façon générale les procédures électroniques dans le secteur de la santé.

Cette Agence vient d'être constituée sous forme de groupement d'intérêt économique et est désormais opérationnelle. Le Conseil d'administration est composé de représentants des instances précitées; le financement de l'Agence est pris en charge à raison de deux tiers par la CNS et d'un tiers par l'Etat. Pour l'exercice 2012, un montant de 2 millions d'euros est prévu au budget de la CNS et un crédit d'un million d'euros est inscrit au budget de l'Etat.

Dans ce même ordre d'idées, il convient de relever que l'Entente des Hôpitaux vient d'élaborer un projet de mise en place d'un centre informatique sectoriel pour le secteur hospitalier.

M. le Ministre de la Santé estime qu'il pourrait être utile de consacrer une réunion particulière aux différents projets dans le domaine de l'eSanté.

5) Enveloppe budgétaire globale pour le secteur hospitalier (Article 74 CSS, alinéas 1^{er} à 4)

La réforme subordonne les budgets des établissements hospitaliers à une enveloppe budgétaire globale qui est censée jouer le rôle de catalyseur pour une approche raisonnable en matière de croissance budgétaire dans le secteur hospitalier. Concrètement le texte légal prévoit que le gouvernement fixe dans les années paires, au 1^{er} octobre au plus tard, une enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier pour les deux exercices à venir.

Le règlement grand-ducal du 11 août 2011 a précisé les règles d'établissement de l'enveloppe budgétaire globale et des budgets spécifiques des hôpitaux et les éléments à inclure de façon forfaitaire. Il s'agit en l'occurrence d'un outil de pilotage du secteur hospitalier destiné à encourager les synergies et à favoriser la mutualisation de diverses activités ainsi que la standardisation d'équipements.

La progression de l'enveloppe est en principe fonction de la croissance économique; elle est fixée par le Gouvernement sur base d'un avis de l'IGSS ceci en tenant compte du potentiel de synergies et d'économies inhérent au secteur et sans entamer pour autant la qualité des soins.

6) Introduction d'une comptabilité analytique dans le secteur hospitalier (Article 74, alinéas 9 et 10)

Cette innovation est nécessaire pour permettre une appréciation comparative transparente des structures des coûts des prestations médicales dans les différents établissements hospitaliers.

Actuellement il n'est pas possible à un établissement hospitalier de chiffrer avec précision le coût d'une opération ou d'un traitement hospitalier délimité, compte tenu de la difficulté de concilier au plan comptable un système budgétisé et des prestations médicales rémunérées à l'acte.

L'introduction de la compatibilité analytique permettra de déterminer dans une opération comptable cohérente le coût réel d'un traitement en prenant en compte à la fois les frais fixes et variables de l'hôpital et les frais strictement médicaux et d'aboutir ainsi à un système standardisé appelé "full cost model".

La mise en place d'un plan comptable uniforme s'impose dans la perspective de la transposition en droit national de la directive européenne sur les soins de santé transfrontaliers. Les travaux préparatoires pour l'introduction d'une comptabilité hospitalière analytique sont en cours; un consultant a été désigné sur base du cahier des charges.

7) La fonction de médecin-coordonateur (Art. 29 de la loi hospitalière modifiée du 28 août 1998)

La réforme prévoit la création de la fonction de médecin-coordonateur au sein des hôpitaux.

Le médecin-coordonateur a un rôle d'interlocuteur de la direction médicale et il veillera à la bonne coordination et planification de l'activité médicale, au bon fonctionnement des services, à la qualité des prestations des traitements et de la prise en charge des patients ainsi qu'à l'utilisation efficiente des ressources disponibles.

L'avant-projet de règlement grand-ducal précisant le statut, les missions et les attributions des médecins coordonnateurs ainsi que les modalités de leur désignation se trouve actuellement en phase de consultation externe.

8) Laboratoires d'analyses médicales

La réforme a apporté une adaptation substantielle au cadre légal de l'activité des laboratoires d'analyses médicales en ce sens que les laboratoires hospitaliers sont désormais soumis, pour les patients ambulatoires, aux mêmes règles que les laboratoires privés extrahospitaliers.

Par ailleurs, la loi du 12 mars 2011 a déterminé un nouveau statut juridique concernant l'exploitation d'un laboratoire d'analyses médicales.

Enfin, le projet de loi 6297 conférant le statut d'établissement public au Laboratoire national de santé est actuellement pendant devant le Conseil d'Etat.

Au-delà de cette adaptation du cadre légal, le Ministère de la Santé a invité les établissements hospitaliers à identifier les activités de laboratoire pouvant être exercées en commun et ainsi faire l'objet de synergies. Dans cette optique, le Ministère soutient tout investissement allant dans le sens d'une mutualisation des activités hospitalières dans le domaine des analyses médicales.

9) Planification hospitalière

L'élaboration de la carte sanitaire comportant une description complète de l'état actuel de l'ensemble des services et activités médicales dans les établissements hospitaliers est actuellement en voie de finalisation. Le document devrait être disponible début 2012.

Les travaux préparatoires en vue de la révision du plan hospitalier sont en cours. Il est prévu d'y intégrer les nouvelles orientations conceptuelles se dégageant de la réforme. Il sera donc procédé à une définition préalable des besoins de la population au cours des 5 années à venir et des normes qualitatives à respecter, notamment en ce qui concerne la répartition et la spécialisation des services et l'établissement des centres de compétence.

Le plan hospitalier ne se limitera donc pas à entériner les structures existantes, mais définira également les objectifs à atteindre.

Il devra être procédé à la détermination des services, non pas sur base des seules exigences des établissements, mais en fonction des besoins réels et des normes de qualité à respecter, ceci dans l'intérêt d'une prise en charge optimale des patients.

Ce travail préparatoire aboutira à un cahier des charges qui constituera la base des discussions à mener avec le secteur.

Ainsi, à titre d'exemple, on peut citer la prise en charge des patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux dans un service hautement spécialisé (Stroke Unit). Il est évident qu'on ne saurait suivre dans ce domaine les souhaits éventuels des différents établissements hospitaliers, souhaits qui se traduiraient par une multiplication de ce genre de service. Or cette façon de procéder ne serait pas compatible avec les impératifs d'une prise en charge optimale du patient.

Il faudra donc accepter qu'à certains égards la liberté thérapeutique devra être mise en concordance avec les exigences évidentes à respecter dans l'intérêt du patient. Ainsi, un audit externe a identifié des pratiques non conformes à l'intérêt des patientes dans le traitement du cancer du sein et a permis de rectifier le tir dans ce domaine.

Une opération analogue devra être envisagée en ce qui concerne les interventions chirurgicales incisives qui sont actuellement effectuées dans le traitement de l'obésité excessive. Il s'agit en l'occurrence d'opérations extrêmement exigeantes au plan technique qui ne sauraient être réalisées que dans un ou deux centres spécialisés comptant un nombre suffisant de cas annuels et par des médecins maîtrisant les techniques opératoires en question.

10) Médicaments (Article 22ter CSS)

Le règlement grand-ducal devant introduire une ouverture cadrée à la pratique de la substitution est en voie de finalisation.

Par ailleurs, le projet de règlement grand-ducal déterminant les critères, les conditions et la procédure relative à la fixation des prix des médicaments à usage humain vient d'être avisé par le Conseil d'Etat.

11) Dispenses de travail pour femmes enceintes

Depuis un certain temps, on constate une évolution inquiétante dans certains secteurs consistant dans le fait que les dispenses de travail en cas de maternité sont souvent accordées quasi automatiquement dès le début de la grossesse, sans tenir compte du risque réel lié au poste de travail. Cette évolution pèse lourdement sur le système au plan financier. Il faudra trouver les moyens, d'une part, pour faire respecter les dispositions en matière de protection de la femme enceinte et, d'autre part, pour mettre fin à l'interprétation abusive de cette législation. Il est légitime de protéger la femme enceinte et le futur bébé contre toute influence nocive sans pour autant verser dans une quasi isolation sociale de la femme enceinte.

Un groupe de travail a été chargé de l'analyse de la situation et de l'élaboration de propositions de réforme. Ce groupe de travail, dont le rapport est attendu pour la fin du 1^{er} semestre 2012, est composé de représentants de l'IGSS, de la CNS, de la Santé au travail du Ministère du Travail et de l'Emploi et du Contrôle médical de la Sécurité sociale.

12) Structures et organes du secteur hospitalier

Les mesures réglementaires en vue de déterminer la constitution et le fonctionnement des organes suivants

- la Commission permanente pour le secteur hospitalier,
- la Commission de surveillance,
- la Commission de nomenclature,
- le Conseil scientifique,
- la Cellule d'expertise médicale

ont été prises respectivement sont sur le point de l'être.

*

La commission procède à un bref échange de vues dont il y a lieu de retenir succinctement ce qui suit:

- Interrogé sur la possibilité d'opérer des projections concernant les types de pathologie devant être pris en charge à l'avenir et les besoins sanitaires infrastructurels afférents, le Ministre de la Santé souligne qu'au Luxembourg la politique de santé publique n'est certainement pas rétrograde, bien au contraire. Les instruments tels que la carte sanitaire et le plan hospitalier sont précisément destinés à anticiper certaines évolutions sans préjudice du rôle important revenant dans ce domaine à l'OMS.

Dans cette optique, on peut citer les efforts déployés par le Ministère de la Santé en vue de l'établissement d'un plan global de prise en charge des maladies dégénératives du cerveau. On peut encore relever la mise en place d'un véritable registre dynamique des cancers permettant de mesurer les progrès thérapeutiques dans ce domaine. Enfin, le projet de recherche en vue d'une médecine personnalisée est un projet de première importance pour l'avenir, ceci avec son extraordinaire potentiel bénéfique mais aussi sans négliger les risques liés au dépistage dès la naissance de pathologies potentielles pouvant atteindre le nouveau-né tôt ou tard durant sa vie.

Concernant le projet eSanté, il est souligné que la démarche empruntée consiste à définir d'abord les concepts avant de se lancer dans l'achat de programmes ou la conclusion de partenariats, ceci aussi pour écarter les risques qui seraient inhérents à une démarche plus rapide mais moins circonspecte.

Concernant les demandes des laboratoires privés d'analyses médicales, notamment en vue de l'adaptation indiciaire des actes, il est relevé par M. le Ministre que les laboratoires privés ont profité au cours des dernières années de tarifs très favorables et que mener le débat d'une éventuelle adaptation indiciaire devra aller de pair avec celui concernant le potentiel d'économies et une certaine retenue à respecter dans ce secteur.

Luxembourg, le 23 novembre 2011

Le Secrétaire,
Martin Bisenius

La Présidente,
Lydia Mutsch

Annexe: Schéma d'une présentation Powerpoint "L'implémentation de la réforme"



Gesondheet fir jiddereen:
Fir méi Qualitéit an Effizienz



L'implémentation de la réforme

Etat des lieux et prochaines étapes

Commission de la Santé et de la Sécurité sociale du 17
novembre 2011



Le médecin référent

Etat des lieux

- Projet RGD adapté suite à l'avis du Conseil d'Etat du 25 octobre 2011 – publication imminente (concerne modalités de désignation, de reconduction, de changement, et de remplacement du médecin en cas d'absence)
- Validation document de synthèse concernant dispositifs à mettre en place

A faire en vue de démarrage 01/12

- Transposition au niveau des conventions et de la nomenclature
- Prévoir outils de documentation
- Prévoir campagne d'information à l'intention des patients

Etapes futures

- Associer développement des maisons médicales et clarifier rôle policliniques
- Développement d'un concept global pour les soins primaires



La documentation médicale et le dossier patient

Dossier de soins partagé

- Continuation des travaux e-health / e-santé
- Dossier médecin généraliste – médecin référent
- Agence à mettre en place à partir GIE Healthnet

Documentation médicale (présentation Dr Françoise Berthet)

- Adaptation référentiels + amélioration mécanismes de documentation actuels
- Prévoir: RGD concernant standardisation du dossier médical hospitalier et lettre de sortie



Agence

Nouvelle gouvernance à mettre en place

- Statuts du GIE: projet en train d'être finalisée
- Constitution Conseil de Gérance et fixation des budgets

Démarrage des activités

- Constitution progressive de l'équipe
- Fixation des priorités
 - Court-terme (2011 et 2012): cf. ci-avant
 - Moyen et long-terme: schéma directeur (à valider par AG 2012)
- Lien avec GIS-EHL



Le secteur hospitalier: financement

Révision du mécanisme de budgétisation

- **Enveloppe budgétaire globale sur 2 ans: (RGD publié le 23 août 2011)**
 - Outil de pilotage du secteur hospitalier: encourage synergies, mutualisation activités, standardisation équipements etc.
 - Progression de l'enveloppe = décision Gouvernement sur base avis IGSS
- **Comptabilité analytique hospitalière**
 - Consultant désigné sur base cahier de charges (KPMG)
 - Analyse de l'application des règles actuelles et, le cas échéant, standardisation
 - Préparation d'une comptabilité analytique hospitalière pour déterminer coût / patient individuel
- **Préparation des prochaines étapes en vue « *full cost model* »**



Le secteur hospitalier: Organisation interne et synergies

Médecin coordinateur

- Avant-projet de RGD en phase de consultation externe

Activités en voie de mutualisation dans certains domaines

- Laboratoires hospitaliers
- Informatique (Groupement informatique sectoriel)
- Autres - centrale d'achat, stérilisation, ...



Planification hospitalière

Carte sanitaire prévue pour fin 2011

- Description du système et de ses secteurs et acteurs,
- Relations avec le pré- et le post-hospitalier
- Comparaison internationale avec *best-practices*
- ***Révision du plan hospitalier*** - *besoins*
- Intégration des concepts découlant de la réforme
- Centres de compétences, virage ambulatoire, mutualisation des activités, ...
- Cadrage de l'évolution du nombre de médecins hospitaliers agréés introduite dans le plan hospitalier



Moderniser: développer centres de compétence et chirurgie ambulatoire

Centres de compétences: principes de base et démarche

- Besoins et critères de Santé publique définis par plan hospitalier
- Approche de collaboration et de recherche de synergies, de répartition des tâches, de spécialisation
- Implication de la direction des hôpitaux et des conseils médicaux

Développer la chirurgie ambulatoire:

- Privilégier traitement ambulatoire pour toute intervention chirurgicale programmée . A prévoir:
 - Critères d'éligibilité pour la pratique ambulatoire à définir
 - Mode de prise en charge et protocoles de soins adaptés
 - Information des patients



Laboratoires

Adaptation cadre légal

- Laboratoires hospitaliers soumis aux mêmes règles que laboratoires privés pour patients ambulatoires
- Nouveau cadre légal concernant l'exploitation d'un laboratoire (Loi du 12 mars 2011 , Mém. A n°50)
- Projet de loi LNS est déposé

Adaptation de la nomenclature

- Mesures d'économie et accord de médiation
 - Abolition de la règle des 12 et des blocs d'analyses
 - Mesures d'économie à reconduire par loi budgétaire (P. loi 2012)
- Entamer réforme structurelle de la nomenclature



Tiers payant social

Elaboration d'une démarche par la CNS

Organismes impliqués:

- *Ministères de la famille et de l'Intérieur*
- *Offices sociaux*
- *AMMD*



Médicaments

Ouverture cadrée à la pratique de substitution

- RGD en voie de finalisation; entrée en vigueur au 1er janvier 2012

Fixation des prix des médicaments

- RGD adapté suite à avis du Conseil d'Etat du 15 novembre 2011
- Maintien du référencement au système belge



Prestations de Maternité

Dispenses de travail pour femmes enceintes:

- Groupe de travail chargé de l'analyse et de l'élaboration de propositions de réforme, composition:
 - IGSS (préparation dossier: analyse juridique et statistique)
 - CNS
 - Santé au travail
 - Ministère du travail
 - CMSS
- Instauration fin 2011
- Rapport attendu pour fin 1^{er} semestre 2012



Organes

Commission permanente pour le secteur hospitalier

- RGD procédure de demande (art. 13 loi hosp.) en préparation

Commission de surveillance

- RGD publié le 29 juillet 2011

Commission de nomenclature

- RGD publié le 23 août 2011
- Nouvelle composition : promulgation fin semaine courante

Conseil scientifique

- RGD publié le 7 novembre 2011
- Valorisation et collaboration plus étroite avec ministères et administrations

Cellule d'expertise médicale

- Constitution
- Définition des priorités