



# InSight

## SantéSécu

INFORMATIONS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DU MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Santé pour tous  
Promouvoir qualité et efficience



NUMERO SPECIAL

## Chères lectrices, chers lecteurs,

**QUE VOUS PROPOSE INSIGHT SANTÉ SÉCU ?** Des chiffres et des faits autour du projet de loi de la réforme du système de santé. **POURQUOI ?** parce que le projet de réforme pose de multiples questions. **QU'EST-CE QUI VA CHANGER ?** ce numéro d'InsightSantéSécu propose des réponses aux questions les plus urgentes. **POUR QUI ?** Pour tous les acteurs du système de santé luxembourgeois. **DES AVIS DE LECTEURS ?** N'hésitez pas à nous écrire un mail : [insight.santesecu@mss.etat.lu](mailto:insight.santesecu@mss.etat.lu)

## Santé pour tous : Garder la qualité de l'offre



Copyright photo: © SIP

Ministre  
Mars Di Bartolomeo

Une réforme de l'organisation et du financement du système des soins de santé est par nature une opération délicate. Elle pose des questions fondamentales qui sont liées au bien-être de toute une population.

Notre assurance maladie repose sur des valeurs de solidarité et de cohésion sociale. Chacun y contribue selon ses moyens et peut, dans la foulée, prétendre à des prestations de soins. Le projet de réforme proposé veut préserver ces valeurs. Il veut garantir que notre système de soins garde son exemplarité lorsqu'il s'agit de mettre à disposition de la population des soins médicaux d'exception.

Une réforme de notre système de soins de santé s'impose, non seulement pour faire face aux effets de la crise économique mais aussi pour inciter les prestataires de soins à mieux coordonner leurs activités. Ce n'est donc pas un hasard si la réforme s'intitule « Promouvoir l'efficience et la qualité ».



Pourquoi ? Parce qu'un grand nombre d'impulsions différentes sont nécessaires pour une meilleure coopération entre les différents acteurs; pour l'utilisation intelligente des ressources; pour une documentation transparente et standardisée et pour le développement de centres de compétences et autres établissements en rapport avec les soins médicaux.

Toutes ces étapes encouragent l'efficience et la qualité de notre système de soins de santé.

La réforme du système des soins de santé qui est présentée dans ce numéro d'InSightSantéSécu est donc bien plus qu'une simple question d'argent. Depuis toujours, notre système de santé est basé sur une coopération qui englobe tous les acteurs. Cela restera ainsi. Nous faisons le pari d'un dialogue constructif avec les médecins ainsi qu'avec tous les autres métiers du système de santé. Ensemble nous voulons faire en sorte que notre système de santé ne perde rien de sa qualité tout en restant finançable. C'est la raison pour laquelle de nombreuses mesures structurelles visent non seulement à garantir mais aussi à améliorer la qualité des soins.

Il ne s'agit pas seulement d'équilibrer recettes et dépenses en donnant un coup de vis aux cotisations ou en recentrant les prestations. Cette réforme va bien au-delà. Afin d'en cerner toutes les dimensions, la présente publication souhaite présenter, de façon appropriée, les mesures organisationnelles et structurelles proposées et éclaircir les questions qui restent en suspens.

Mars Di Bartolomeo

*The aim of health system governance reforms is to influence the performance of the health system by reorganizing steering, management and organizational features.*

*Prof. Lars Eric Kjekshus<sup>1</sup>*



## CONTENU

### SOINS PRIMAIRES

Situation actuelle .....	4
Soins primaires .....	4
Le médecin de famille .....	4
Les maisons médicales et les polycliniques .....	4
Filières de soins .....	5
Prévention .....	5

### DOCUMENTATION

Pourquoi un système de documentation et d'information ? .....	11
Codifier .....	11
Le devoir de documentation .....	11
Dossier patient .....	12
Indicateurs de qualité, d'efficacité et d'efficience .....	12
Agence nationale des informations partagées .....	13

### SYSTÈME DES SOINS DE SANTE

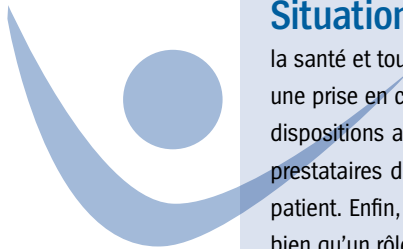
Situation actuelle .....	6
Exercice médical .....	6
Le statut du médecin .....	6
Le conventionnement obligatoire .....	6
La chirurgie ambulatoire .....	7
Recommandations et bonnes pratiques médicales ...	7
Une hospitalisation intégrée et globale .....	7
Concentrer les compétences .....	7
Plan hospitalier .....	7
Intégrer les médecins hospitaliers .....	8
Médecin coordinateur .....	8
Normes hospitalières .....	8
Médicaments du futur .....	8
La substitution de médicaments .....	8
Le prix des médicaments au Luxembourg .....	9
Laboratoires .....	9
Automatisation de l'analytique de routine .....	9
Mise en place d'une coopération .....	9
Secteur privé .....	10
Garantir le financement dans l'avenir .....	10

### REFORME DE L'ASSURANCE SANTÉ

Situation financière .....	14
Réduction du déficit .....	14
Augmentation des cotisations .....	14
Economies sur les tarifs des prestataires de soins .....	14
Augmentation des participations des patients .....	15
Honoraires médicaux .....	15
Nomenclature .....	15
Adaptation ciblée de certains actes médicaux .....	15
Tiers payant social .....	15
1 <sup>re</sup> classe .....	16
Hôpitaux .....	16
Budgétisation .....	16
Comptabilité analytique .....	16
Les organes de pilotage et de contrôle .....	17
Commission de nomenclature .....	17
Conseil scientifique .....	17
Cellule d'expertise médicale .....	17
Commission de surveillance .....	17
Prestations de maternité .....	18
Question centrale .....	18
L'arrière fond historique .....	18
La réforme actuelle .....	18
Pourquoi changer maintenant ? .....	18
La plus-value attendue .....	19
C'est pour quand ? .....	20
Et la suite ? .....	21



## SOINS PRIMAIRES



**Situation actuelle :** Le secteur des soins de santé primaires englobe tous les métiers de la santé et toutes les infrastructures qui délivrent des soins de base et des soins urgents. Ils assurent une prise en charge continue et permanente, en lien avec les autres secteurs des soins de santé. Les dispositions actuelles de notre système de santé n'encouragent pas assez la collaboration entre les prestataires des divers secteurs de soins, pourtant indispensable à une prise en charge globale du patient. Enfin, les professions impliquées dans les soins primaires restent encore trop peu valorisées, bien qu'un rôle primordial d'acteur et d'interface entre divers prestataires leur soit largement reconnu.

### CE QUE PRÉVOIT LA RÉFORME

## Encouragé et revalorisé **les soins primaires**

**Le médecin de famille.** L'introduction du principe du médecin de famille ou médecin référent, que le patient et le médecin choisissent **sur une base volontaire**, vise à mieux organiser et à mieux coordonner les soins dispensés au patient en fonction de ses besoins. Le patient, acteur et partenaire, pourra se faire accompagner pendant toute la durée de son traitement et confier, à son médecin référent, la supervision de son parcours dans le système des soins de santé. Le dossier électronique et global du patient, (voir page 12), est l'un des outils facilitant cet accompagnement.

Les qualifications, les droits et les obligations du médecin référent seront fixés par règlement grand-ducal. Les modalités qui fixent la manière dont le patient désigne, change ou prend congé de son médecin référent, ainsi que son remplacement en cas d'absence, seront fixés par convention. Idem pour les règles concernant la participation volontaire du médecin à ce modèle et pour son remplacement en cas d'absence.

**Les maisons médicales et les policliniques.** Les maisons médicales, créées en 2009 par le Ministère de la Santé, sont des structures de premiers recours pour le patient. Elles doivent permettre de désengorger le service des urgences de l'hôpital. Leur fonctionnement (fréquentation, types de maladies et de symptômes, devenir des patients) et leur impact sur la fréquentation des polycliniques et des services de garde sont en cours d'évaluation.



La réforme permettra de réglementer et de standardiser les services de garde afin de réorienter le cas échéant les patients vers les maisons médicales. Des aides seront allouées aux projets innovants en matière de médecine de proximité et implantés dans des zones à faible densité médicale.

**Filières de soins.** Le projet de loi met un accent particulier sur les mécanismes de planification et de pilotage des filières de prise en charge. Assurer cette interconnexion entre les différents traitements médicaux de manière planifiée et standardisée, c'est penser aux soins ambulatoires, aux centres de compétences, aux soins aux personnes âgées et aux soins de longue durée. A plus long terme, les prestations de l'assurance maladie seront mieux définies et coordonnées, si besoin, aux prestations de l'assurance dépendance. Le plan hospitalier national intégrera à l'avenir les filières de soins dans sa planification. Le dossier global du patient (voire page 12) permettra d'améliorer sensiblement les possibilités de coordination entre les prestataires concernés.

*Primary care guarantees  
continuity of person-focused  
(not disease-orientated)  
care over time.*

*Prof. Barbara Starfield<sup>2</sup>*

**Prévention.** Le renforcement des soins primaires va encourager la prévention. La réforme prévoit par ailleurs d'accroître le rôle de la Caisse nationale de santé dans le développement de ces programmes et ce en collaboration avec la Direction de la Santé. Les modalités de réalisation et de financement des programmes de prévention seront fixées par des conventions entre les ministères de la Sécurité sociale et de la Santé, la CNS et si besoin des institutions spécialisées. Elles seront évaluées grâce aux nouvelles dispositions en matière de documentation des diagnostics et des prestations effectuées.



## SYSTÈME DES SOINS DE SANTE

**Situation actuelle.** Notre système de santé est l'un des plus attractifs parmi ceux des pays de l'OCDE, que ce soit pour ses usagers ou pour ses prestataires. Cependant, comparé à de nombreux pays, le Luxembourg est à la traîne dans plusieurs domaines : adoption de la pratique chirurgicale ambulatoire, standardisation des procédures, taux d'adhésion aux recommandations de bonnes pratiques médicales, développement de filières intégrées de prise en charge, et enfin qualité et exhaustivité de la documentation médicale.

### LES CONSÉQUENCES DE LA RÉFORME

## Exercice médical : mettre l'accent sur l'efficacité et la qualité

**Le statut du médecin.** La réforme maintient le conventionnement obligatoire des médecins mais inscrit dans la loi la possibilité de nouvelles formes de contrats (libéral, salarié, ou forfaitaire à la vacation ou à la capitation). Tenant compte des spécialités médicales et des services hospitaliers prévus par le plan hospitalier, un numerus clausus des médecins agréés en milieu hospitalier sera introduit. Il permettra de favoriser le développement d'une offre hospitalière différenciée et complémentaire. Il encouragera également la création de filières de soins et de centres de compétence.

**Le conventionnement obligatoire.** Il n'est pas prévu de mettre en question le conventionnement obligatoire des médecins. En effet, ce système, dont l'objectif est d'éviter la commercialisation de l'offre de soins et le développement d'une médecine à deux vitesses, a pu assurer à la population couverte par l'assurance maladie un accès égal à des soins de qualité, et ceci sans distinction de revenu. Pour les prestataires de soins, le conventionnement obligatoire est également synonyme de sécurité : automatisme du conventionnement, opposabilité directe des prestations fournies et prescrites, et nombre stable de patients.



**La chirurgie ambulatoire.** Le développement de la chirurgie ambulatoire sera encouragé par plusieurs mesures : adaptation de la nomenclature, standardisation des processus et l'organisation hospitalière en filières de prise en charge, meilleure coordination entre le secteur hospitalier et le secteur des soins primaires. L'évolution de la pratique ambulatoire pourra être documentée de manière précise par les nouvelles dispositions de documentation. Par ailleurs, la création ou l'extension de tout établissement hospitalier ou de tout service pourra dorénavant tenir compte de modes de prise en charge préférentiels, applicable à la chirurgie ambulatoire. Enfin, la majoration des tarifs pour l'hospitalisation en première classe qui incitait à la prolongation des hospitalisations, sera également modifiée par la réforme (voir page 16).

**Recommandations et bonnes pratiques médicales.** Le Conseil Scientifique élabore des directives et des recommandations de bonnes pratiques médicales (« best practice ») dont il assure la promotion. Le conseil sera soutenu dans cette tâche par la nouvelle cellule d'expertise médicale (voir page 17).

## Une hospitalisation intégrée et globale

**Concentrer les compétences.** Le Luxembourg dispose de cinq groupes hospitaliers avec des capacités allant de 256 à 652 lits. À l'exception de la Zithaklinik qui n'assure ni la gynécologie-obstétrique ni la pédiatrie, les quatre autres hôpitaux couvrent toutes les disciplines médicales. Le gouvernement souhaite poursuivre sa politique de spécialisation, tant pour des raisons de coûts que de qualité. Les traitements des tumeurs et les interventions orthopédiques sont particulièrement visés. Parallèlement, une extension systématique de la chirurgie ambulatoire est prévue. En outre, les hôpitaux devront développer des synergies avec des établissements extrahospitaliers afin d'assurer la globalité du traitement, suivant le principe des filières de soins.

**Plan hospitalier.** Le financement des hôpitaux est rattaché au plan hospitalier. L'élaboration de ce plan a donc un impact primordial sur les dépenses de la Caisse nationale de santé. Le plan hospitalier doit établir une offre adaptée à la population pour les cinq années à venir, en évitant si possible les redondances et en intégrant la coopération transfrontalière dans la Grande Région. Tant que les hôpitaux sont budgétisés, le plan hospitalier constitue l'instrument le plus important pour encourager la spécialisation des établissements. Il s'agira de prendre davantage en compte les quotas minimaux, ainsi que les traitements innovants et les offres extrahospitalières.



**Intégrer les médecins hospitaliers.** Le fusionnement des hôpitaux a remis en question le système actuel des médecins hospitaliers. Diriger un hôpital avec plusieurs centaines de lits, gérer plus d'un millier d'employés nécessite une rigueur organisationnelle qui présuppose une clarification du statut des médecins hospitaliers de leurs droits et obligations. Une mauvaise gestion des coûts et un risque pour la qualité des soins sont les conséquences d'un déficit organisationnel. Le projet de loi prévoit donc que les médecins hospitaliers respectent les dispositions du règlement général de l'hôpital, notamment en ce qui concerne la continuité des soins, la documentation, la participation à des mesures d'amélioration de la qualité et de prévention des risques, les relations interprofessionnelles et l'utilisation efficiente des ressources.

“*External factors may be the most likely and appropriate way to change some aspects of hospitals and hospitals system.*

*Prof. Martin McKee<sup>3</sup>*

**Médecin coordinateur.** La réforme prévoit que certains médecins puissent endosser des tâches de coordination dans l'intérêt de l'hôpital. Ces médecins doivent travailler en étroite collaboration avec la direction, en particulier avec le directeur médical. Les tâches du médecin coordinateur comprennent l'optimisation des plannings hospitaliers, la surveillance de l'utilisation des moyens financiers et l'amélioration de la standardisation du traitement en fonction des besoins du patient. Le médecin coordinateur travaille en équipe avec le responsable des soins et le pharmacien de l'hôpital.

**Normes hospitalières.** Les normes de qualité demandées aux hôpitaux resteront très élevées. En vue de l'amélioration de la qualité des processus et des résultats escomptés, elles seront précisées et complétées par l'adoption de standards de documentation internationalement reconnus.

## Médicaments du futur : même effet, moins cher

**La substitution de médicaments.** Pendant une période de 10 ans durant laquelle un médicament original ne peut être copié, l'industrie pharmaceutique vend son médicament sans concurrence et rentabilise ainsi ses investissements dans la recherche et le développement. Après cette période, des copies peuvent être fabriquées suivant des standards qualitatifs identiques, valables pour tout médicament. La concurrence engendre une baisse de prix. L'assurance-maladie veut inciter le médecin à prescrire des médicaments dans ces groupes non brevetés. D'une part, parce qu'ils ont apporté les preuves de leur efficacité. D'autre part, parce qu'ils sont moins onéreux que beaucoup de nouveaux médicaments certes comparables mais dont le profil de sécurité est moins bien connu. Lorsqu'une ordonnance portant sur un





médicament non breveté est présentée au pharmacien, celui-ci propose de le substituer par un médicament moins cher contenant la même substance active, au même dosage et sous la même forme pharmaceutique. L'assuré qui n'accepte pas la substitution voit sa participation financière augmentée.

**Le prix des médicaments au Luxembourg.** L'industrie pharmaceutique décide seule des circuits d'approvisionnement du marché luxembourgeois. Ainsi, près de 80 % des médicaments pris en charge par l'assurance maladie sont importés à partir de la Belgique.

Pour ces conditionnements, le prix au public pratiqué au Luxembourg est directement dérivé du prix au public belge.

Les études internationales constatent que le prix au public belge se situe dans la moyenne européenne et souvent même au-dessous, contrairement aux prix publics allemands par exemple qui sont beaucoup plus élevés. La CNS (Caisse Nationale de Santé) profite du fait que l'assurance maladie belge INAMI (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité) négocie efficacement le prix des médicaments avant leur inscription sur la liste positive.

“*Reference pricing combined with other approaches may be a valuable means of containing costs without harm to patient well-being.*

*Prof. Sebastian Schneeweiss<sup>4</sup>*

## Laboratoires: faire en sorte qu'ils restent financables

**Automatisation de l'analytique de routine.** Dans le cadre de la réforme prévue du système de santé, le sujet de la restructuration partielle du paysage des laboratoires médicaux, qu'il s'agisse des laboratoires privés ou d'hôpitaux, a déjà suscité au sein de l'opinion publique des discussions vives et controversées. Le progrès technique dans ce domaine et la mise en œuvre, sans cesse croissante, de concepts d'automatisation modernes qui s'en suit, notamment dans l'analytique de routine, permettent aux professionnels des laboratoires d'analyses médicales de réaliser des économies considérables. Néanmoins, d'importants taux de progression ont été enregistrés depuis les dernières années au niveau du poste de dépenses pour les analyses médicales. Aussi, la réforme du système de santé s'est assignée comme mission de contrer cette évolution à travers une mise en œuvre résolue de différentes mesures.

**Mise en place d'une coopération.** De leur côté, les hôpitaux ont manifesté à maintes reprises leur disposition à prendre des mesures visant à fusionner les domaines d'activités de chacune des entités afin de mettre ainsi en pratique de nouvelles synergies dotées d'un potentiel de réduction considérable des coûts. D'un point de vue technique, organisationnel et logistique, il serait aisément concevable de réaliser la majeure partie de l'ensemble de notre comptabilité analytique hospitalière de manière centralisée. Étant donné qu'une telle approche



de réduction des coûts s'accompagne d'économies au niveau des ressources humaines, de tels changements ne devraient être planifiés et mis en œuvre qu'à long terme. En revanche, une meilleure répartition du travail entre les laboratoires des hôpitaux devrait être visée dans l'immédiat afin que les analyses en milieu hospitalier stationnaire puissent être effectuées à moindres coûts et offrir une meilleure qualité.

**Secteur privé.** Durant les dernières années, les laboratoires privés ont connu une forte augmentation de leurs activités, notamment dans le domaine ambulatoire. À tarifs constants, ceci a abouti à une augmentation proportionnelle des coûts, aux dépens de la CNS dans le domaine ambulatoire. Le fulgurant développement des robots d'analyses médicales et leur affectation ciblée ont permis de réduire, de manière significative, les prix d'acquisition pour les professionnels des laboratoires d'analyses médicales du secteur privé. On peut, par ailleurs, partir du principe que, par rapport aux hôpitaux, les appels d'offres et les investissements au niveau des laboratoires privés évoluent dans un cadre maîtrisable. C'est la raison pour laquelle une réduction différenciée des tarifs ne peut pas être rejetée de manière unilatérale et sans proposition de discussion.

*An equitable system of health care delivery appears to remain a core objective in most EU Member States with comprehensive and universal coverage and with proposed health system reforms that usually quote equity preservation or improvement as an important goal.*

*European Commission* <sup>5</sup>

**Garantir le financement dans l'avenir.** Pour le bien-être des patients, il s'agira durant les semaines et mois à venir de suivre conjointement avec les organismes gestionnaires des hôpitaux, les laboratoires privés et les représentants du personnel des pistes nouvelles et finançables, axées sur le futur, et ce dans le cadre d'un dialogue constructif et ouvert.



## DOCUMENTATION

### Pourquoi un système de documentation et d'information ?

Les soins de santé au Luxembourg ne se résument plus à une simple relation entre un médecin et son patient, comme c'était peut-être le cas au XIXe siècle. Aujourd'hui il s'agit d'un système complexe dont les activités font appel à des spécialités médicales et des professions de santé aux compétences variées. De ce fait, les soins de santé se basent de plus en plus sur le travail en équipe et tendent à constituer des filières de soins à la fois ambulatoires et hospitalières. Un tel système ne peut fonctionner de façon efficace qu'à l'aide d'un système de documentation et d'information permettant la coordination des soins des patients et le pilotage du système des soins de santé dans son ensemble au niveau national.

### CE QUE PRÉVOIT LA RÉFORME

## Codifier : créer des normes pour plus d'efficacité

**Le devoir de documentation.** La réforme prévoit de régler les obligations de documentation des diagnostics et des prestations effectuées dans le cadre conventionnel. Même chose pour les modalités de transmission, de communication et d'accès des données médicales pour le patient et ses ayant droits ainsi que pour les prestataires qu'il aura désigné, pour la Caisse nationale de santé, le Contrôle médical de la sécurité sociale ou encore la Direction de la Santé. Les dispositions en matière de documentation et de transmission des données s'appliquent désormais aussi bien au secteur hospitalier qu'au secteur extrahospitalier. En outre, les modalités de documentation de l'activité hospitalière devront répondre à des normes fixées par règlement grand-ducal. Ces normes pourront concerner, entre autres, la nomenclature utilisée, l'identification du prestataire, et les circonstances exactes des prestations effectuées. Ces informations seront ajoutées au dossier global du patient créé par l'Agence nationale des informations partagées (voir page 13) dans le cadre du projet de loi.



**Dossier patient.** L'actuel projet de loi prévoit la création d'un dossier patient électronique, utilisable par tous les secteurs. Ce dossier devra progressivement regrouper et mettre à disposition des professionnels de santé une documentation de base, pertinente, concernant l'état de santé de leurs patients. Objectif : favoriser la sécurité, la continuité des soins et permettre progressivement une meilleure coordination des soins apportés aux patients. Ce dossier doit être considéré comme un complément utile au dossier des prestataires de soins. Il ne le remplace en aucun cas.

Le patient, son médecin référent, les médecins traitants, ainsi que les autres intervenants impliqués dans la prise en charge, pourront y accéder. Un espace sera par ailleurs réservé au patient, afin de renforcer son implication et sa responsabilisation. Il pourra par exemple y indiquer les médicaments qu'il ne supporte pas. Le patient pourra également limiter le droit d'accès à ses données et suivre l'usage qu'en font les prestataires.

**Indicateurs de qualité, d'efficacité et d'efficience.** Pour pouvoir gérer correctement le système des soins de santé, les responsables, tant au niveau des institutions sanitaires que de la CNS et des Ministères de la Santé et de la Sécurité sociale, doivent disposer d'un ensemble de statistiques et d'indicateurs permettant le suivi des différents aspects du traitement des patients et pouvoir répondre à la question : qui reçoit quel traitement, pour quelles raisons, par quels professionnels de la santé, dans quelles structures, quels sont les résultats du traitement ?

En premier lieu, ces données concernent les raisons pour lesquelles les patients ont recours à des traitements médicaux, notamment en cas d'hospitalisation. Actuellement seul le diagnostic de sortie est saisi sur trois positions de la classification CIM10 (ICD10) de l'OMS ce qui, d'après les experts, n'est pas assez précis pour des analyses épidémiologiques. Il faut en plus implémenter des procédures de validation des données, tant au sein des hôpitaux et auprès des médecins qu'au niveau de la CNS.

Ensuite, il s'agit de décrire les traitements que reçoit un patient, regroupés si possible en épisodes de traitement. À l'heure actuelle, les seules données utilisables à cette fin sont celles provenant des procédures de rémunération des prestataires de soins de santé, par exemple les mémoires d'honoraires.

Les mémoires d'honoraires des médecins comprennent les codes de la nomenclature des actes médicaux. Les nomenclatures, en particulier celle des médecins, constituent une classification des procédures. Malheureusement, ces nomenclatures ne peuvent être utilisées que de manière très limitée pour des études comparatives de qualité du traitement médical, comme il est apparu lors de l'étude pilote de l'application de la méthodologie QSR („Qualitätssicherung durch Routinedaten“) aux opérations de la hanche et du genou. À défaut d'une classification internationale moderne des procédures médicales, il n'existe en Europe qu'une seule classification établie



suivant les principes modernes de classement, à savoir la classification française CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux). C'est cette classification qu'il est proposé d'introduire au Luxembourg.

” *By 2015, European Commission and Member States will equip Europeans with secure online access to their medical health data.*

*Neelie Kroes*<sup>6</sup>

**Agence nationale des informations partagées.** Le projet de réforme instaure une Agence nationale des informations partagées. L'agence est un pré-requis organisationnel nécessaire, en vue de l'implémentation de la plateforme eSanté et de ses applications, ainsi que pour le travail de promotion et de support de l'interopérabilité des systèmes d'information. Elle doit devenir un instrument essentiel dans le domaine des systèmes d'information dans le secteur de la santé. A cet effet, elle dressera notamment un schéma directeur informatique tendant vers une convergence en matière d'interopérabilité des systèmes d'information. L'Agence intégrera dans ses structures les acteurs clés du secteur ainsi que des représentants des patients.



## REFORME DE L'ASSURANCE SANTÉ

**Situation financière :** après plusieurs années d'équilibre financier précaire dans l'assurance maladie, la crise économique et la situation tendue sur le marché de l'emploi ont provoqué, à partir de 2009, un ralentissement substantiel des rentrées de cotisations. Pour 2010, la situation a été débloquée en abaissant la limite inférieure de la réserve légale. Cette réserve doit être reconstituée progressivement, pour atteindre de nouveau le minimum légal au 1.1.2013. Entre 2001 et 2010, les dépenses de santé se sont accrues de 5,1% en moyenne annuelle et à indice constant. Si aucune mesure structurelle de réforme du fonctionnement du système de soins n'est prise, le déficit cumulé pour la période 2009 à 2014 risque d'être de l'ordre de plusieurs centaines de millions d'euros. Il est donc temps de réagir.

### QUE PRÉVOIT LA RÉFORME ?

## Réduction du déficit : tout le monde y contribue

**Augmentation des cotisations.** Le projet de loi prévoit une augmentation modeste des cotisations. A l'aide de cette mesure, il est prévu de réduire le déficit d'environ 50 mio d'euros.

**Economies sur les tarifs des prestataires de soins.** Un montant de 25 mio € devra être épargné sur les tarifs des prestataires de soins. Pour cela, différentes mesures sont envisagées :

Prestataire	Epargne présumée
Progression maximale de l'enveloppe budgétaire hospitalière globale fixée à 3% pour 2011 et 2012 (voir page 16)	10 mio €
Adaptation ciblée de certains actes médicaux (voir page 15)	8,5 mio €
Gel des lettres-clé des prestataires de soins pour 2011 et 2012	3 mio €
Réduction de la lettre-clé des laboratoires pour 2011 et 2012 (voir page 9)	3 mio €
Adaptation de l'abattement des pharmaciens	0,5 mio €

Il faut toutefois préciser que le principe de l'adaptation automatique à l'indice du coût de la vie des tarifs des prestataires de santé reste intouchée.



**Augmentation des participations des patients.** Lors de sa prochaine assemblée générale, la CNS va présenter un catalogue d'actes, pour lesquels la participation statutaire sera renforcée. Cette mesure devra également contribuer à la réduction du déficit à hauteur de 25 mio d'euros. Comme c'est le cas déjà aujourd'hui, cette participation sera réglée de façon à ne pas charger du tout ou très faiblement les patients qui ont de graves problèmes de santé ou qui souffrent de maladies chroniques.

## Honoraires médicaux : la nomenclature sera revue

**Nomenclature.** Depuis la réforme de 1992, la nomenclature luxembourgeoise a été complétée progressivement, mais sans lien manifeste et rationnel avec une base scientifique reconnue. La Commission de nomenclature n'avait en outre pas les moyens, ni les outils adaptés afin d'assurer ses missions de plus en plus complexes. Une réforme en profondeur de la nomenclature médicale est donc indispensable. Il est proposé de réformer progressivement la nomenclature en se référant à une nomenclature étrangère (voir page 13) établie sur base de critères méthodologiques et scientifiques reconnus. Celle-ci pourra servir également de classification des procédures, outil indispensable à des fins de documentation des actes posés. Les notions de durée de l'acte, de compétence technique et d'effort intellectuel requis, de la qualification du prestataire et du milieu dans lequel l'acte est posé y seront intégrées. La Commission de Nomenclature sera épaulée dorénavant par une Cellule d'expertise médicale (voir page 17).

*Accountability has two main characteristics: rendering an account (providing information) and then holding accountable (imposing sanctions or rewards for the accountable party).*

*Prof. Peter N Smith<sup>7</sup>*

**Adaptation ciblée de certains actes médicaux.** Le projet de loi prévoit une adaptation ciblée de certains actes médicaux. Sont visés surtout des actes pour lesquels l'assurance maladie a constaté des augmentations dépassant de loin l'évolution du PIB. Un règlement grand-ducal définira le détail de ces adaptations.

**Tiers payant social.** La nouvelle loi prévoit l'introduction du tiers payant social, qui doit garantir et faciliter l'accès des personnes en difficulté aux prestations de soins. L'assuré peut demander, dans des cas dûment motivés et pour des raisons (sociales) constatées par l'office social concerné, la prise en charge directe des prestations par l'assurance maladie.



“*Countries are increasingly experimenting with mixed payment methods for physicians, which include elements of the different methods to maximize positive incentives and moderate negative ones.*

Joseph Kutzin<sup>8</sup>

**1<sup>re</sup> classe.** La nouvelle loi renonce à la rémunération supplémentaire, explicite et exclusive pour les médecins. Une rémunération qui était jusqu'ici automatiquement liée aux soins dispensés dans les chambres de 1<sup>re</sup> classe des hôpitaux. Ces suppléments, qui pouvaient aller jusqu'à 66 %, incitaient à des hospitalisations non justifiées sans pour autant apporter une plus-value aux patients. Cette mesure n'a néanmoins pas comme finalité de priver une partie du corps médical de revenus substantiels, mais tend à favoriser la chirurgie ambulatoire (voir page 7). La loi prévoit en outre la possibilité de négocier, au niveau conventionnel, d'autres critères pour régler la majoration tarifaire médicale.

## Hôpitaux : à l'avenir, un budget global pour tous les établissements

**Budgétisation.** La budgétisation valable depuis 1995 dans les hôpitaux restera en vigueur et sera progressivement complétée par des éléments forfaitaires pour certains types de traitements (par exemple pour la maternité ou pour des traitements par dialyse). A plus long terme, le financement des hôpitaux au Luxembourg ne pourra se faire autrement qu'en fonction des pathologies et des procédures, comme c'est déjà le cas en Allemagne et en France. La réforme prévoit par ailleurs d'introduire des budgets établis sur deux ans. La CNS pourra ainsi accélérer la procédure de budgétisation, tandis que l'administration de l'hôpital aura une plus grande marge de sécurité au niveau de la planification. Une autre nouveauté consiste dans l'enveloppe budgétaire globale. A l'avenir les dépenses de la CNS pour le secteur hospitalier ne pourront dépasser un plafond fixé par le gouvernement. Pour 2011 et 2012, le taux de croissance annuel est fixé à 3 %.

**Comptabilité analytique.** Depuis l'introduction de la budgétisation en 1995, tous les hôpitaux sont obligés de respecter une comptabilité analytique. Les règles de cette comptabilité n'ont cependant jamais été fixées par voie réglementaire. Conséquences: les données sont imprécises et la comparaison entre hôpitaux est difficile. La réforme confie à la CNS la responsabilité de la comptabilité analytique. Cette mesure va dans la bonne direction, étant donné que la CNS va à l'avenir introduire des forfaits pour certains traitements.





## Les organes de pilotage et de contrôle : des missions bien définies

**Commission de nomenclature.** Le rôle de la Commission de nomenclature, organe qui définit les prestations de l'assurance maladie-maternité, va être renforcé de façon à assurer, outre la maintenance des nomenclatures existantes, leur adaptation au progrès médical. Sa composition assure la parité entre les représentants nommés par les ministres compétents et la Caisse nationale de santé et les experts issus des organismes représentant les prestataires ou leurs associations professionnelles. Dans le cadre de ses missions elle sera assistée par la nouvelle Cellule d'expertise médicale.

**Conseil scientifique.** Cet organe se compose de professionnels du domaine de la médecine, dont la mission actuelle consiste à élaborer et à diffuser des bonnes pratiques médicales (voir page 7).



*Governments face continuous pressure to ensure sustainable health care financing while also stimulating and supporting innovation.*

*Prof. Bjørn Hofmann<sup>9</sup>*

**Cellule d'expertise médicale.** Cette cellule, en passe d'être créée, aura entre autres missions celle de rassembler des études médicales internationales et des méthodes de traitement cliniques de façon à pouvoir formuler des recommandations précises pour la prise en charge de certaines prestations par la CNS et pour leur classement dans la nomenclature. Elle travaille pour le compte du Ministère de la Sécurité sociale, du ministère de la Santé et de la CNS. A plus long terme elle soutiendra la commission de nomenclature ainsi que le conseil scientifique.

**Commission de surveillance.** La réforme vise à renforcer les mesures de contrôle et de lutte contre la fraude, de sorte que la mission de la Commission de surveillance se limitera désormais à la poursuite des faits violant le Code de la sécurité sociale. Le champ de compétence des décisions individuelles relatives aux tarifs et au tiers payant est transféré dans la procédure de décision administrative présidentielle. La personne concernée aura la possibilité de faire appel de cette décision.



## Prestations de maternité : intégration dans le régime général

**Question centrale.** Actuellement la maternité demeure le seul risque dit social qui, financé et réglementé par l'Etat, reste en marge de l'assurance maladie. Est-ce justifié ?

**L'arrière fond historique.** Au début des années 70, le taux de mortalité infantile au Luxembourg était relativement élevé. En réaction, les autorités ont tout d'abord renforcé la protection de la maternité de la femme au travail (3 juillet 1975). Puis elles ont encouragé le suivi médical systématique de la femme enceinte et de la petite enfance. (Loi du 20 juin 1977). Parallèlement, le Luxembourg a fiscalisé les dépenses liées à la maternité, à l'instar d'autres risques sanitaires ou sociaux (accidents, maladies graves ou chroniques, soins de santé pour personnes âgées).

La réforme de 1992 a consisté en une première simplification administrative, qui a modifié la nature de l'intervention de l'Etat pour tous les risques cités, à l'exception du risque « maternité ». Au lieu de rembourser les frais avancés pour des bénéficiaires ciblées, l'Etat participe dorénavant aux cotisations.

**La réforme actuelle**, dans un même ordre d'idées, prévoit de :

- maintenir l'engagement financier de l'Etat au niveau actuel mais d'en modifier la nature (participer aux cotisations au lieu de rembourser les frais).
- préserver un degré élevé de protection de la maternité dans le respect des directives européennes.
- transférer les compétences de l'Etat vers la CNS (Caisse nationale de santé).

**Pourquoi changer maintenant ?** Le financement exclusif des prestations de maternité par l'Etat, est une spécificité luxembourgeoise. Il constitue une mesure de discrimination positive absolument justifiée à l'époque, où elle a été instaurée. Mais, la donne a changé. Sur le plan social, les prestations de maternité se sont diversifiées : ce qu'on appelle les congés familiaux ne concernent plus seulement les femmes ; leur rôle au travail et dans la société a considérablement évolué. Cependant, les effets négatifs du dispositif actuel se font de plus en plus sentir : manque de transparence et de flexibilité, lourdeur administrative, absence de gouvernance d'où une évolution financière défavorable.



### Les prestations de maternité en chiffres

	2009		Annuelle évolution en moyenne	
	en millions €	en % du total	en % (2001 à 2009)	
Total dépenses courantes CNS	2.076,0	100 %		6 %
Maternité dépenses courantes, dont:				
Prestations en espèces	111,7	5,4 %		8,7 %
Soins de maternité	39,6	1,9 %		9,9 %
Maternité : frais divers	5,0	0,2 %		3,7 %

Source : décompte CNS 2009 / tableau IGSS

### La plus-value attendue pour tous les concernés :

- Pour la CNS, l'intégration des prestations de maternité dans le régime général représente une vraie simplification administrative.
- Pour les assurées ; la réforme permettra une prise en charge préventive plus cohérente selon des critères médicaux et scientifiques reconnus. Elle offrira également une plus grande flexibilité concernant l'adaptation de l'offre des soins aux besoins des mamans et des bébés.
- Pour les partenaires sociaux : la clarification des compétences permettra à l'Etat et aux partenaires sociaux d'effectuer un meilleur suivi des dépenses.



## Nouvelles réglementations : c'est pour quand ?

L'entrée en vigueur générale de la loi portant sur la réforme du système de santé est prévue pour le 1er janvier 2011, à l'exception de :

- la modification du système de remboursement pour les médicaments et les substitutions par des médicaments dont le brevet est tombé mais à effet équivalent.
- la prise en charge selon les modalités du secteur extrahospitalier des actes prestés par un laboratoire hospitalier pour des patients non stationnaires.

Pour ces mesures, la mise en vigueur est reportée au 1er janvier 2012, afin de disposer de la phase de préparation et d'information nécessaire.

Toutefois, un grand nombre des dispositions prévues dans le nouveau texte ne peut être applicable qu'après la publication d'un règlement grand-ducal afférent ou après la modification des statuts de la CNS, de différentes conventions ou nomenclatures. Voici donc les principales mesures prévues par la nouvelle loi:

Où trouvez quoi?		
1	Modification de certaines dispositions concernant l'affiliation et les cotisations	art 2.1, 29, 32, 33, 38, 150, 240 et 377 CSS
2	Intégration des frais de maternité dans le mécanisme normal de l'assurance-maladie	art 8, 17 et 31 CSS, art 12 projet de loi
3	Guidance des assurés - Instauration de filières de soins	art 19.1, 19bis et 23.2 CSS
4	Remplacement progressif des nomenclatures	art 19.3, 65 et 66 CSS
5	Nouveautés dans le système de distribution des médicaments	art 22bis et 22ter CSS
6	Elargissement du système du tiers-payant art 24 CSS	art 24 CSS
7	Création et réorganisation de certains organes et procédures	art 47, 60ter, 65.8, 65.13, 65bis, 69, 70, 71 (abrogé), 72, 72bis (abrogé), 73, 73bis, 146.2, 393, 393bis, 393ter, 418 et 454 CSS
8	Besoin de documentation art 60quater CSS	art 60quater CSS
9	Nouvelles dispositions à prévoir dans les conventions	art 64 CSS
10	Réorganisation du secteur hospitalier	art 74 et 79 CSS
11	Dispositions financières	art 22, 28, 30, 65, 67-70 et 74 CSS
12	Modification de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers	art 1, 2, 3, 4, 5, 7, 10, 12, 13, 18, 19, 23, 26, 26bis, 29, 31 et 33 loi hospitalière
13	Mesures diverses	art 10, 12, 84.4, 172.1.7 et 350.6 CSS



## Et la suite ?

Le projet de loi, présenté dans ce numéro d'Insight SantéSécu a été déposé le 1er octobre par le gouvernement devant la chambre des députés. Durant les semaines à venir, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale est chargée de l'examiner. Elle pourra demander conseil à des experts externes mais aussi à des commissions extra-parlementaires. Le Conseil d'Etat sera lui chargé de vérifier la constitutionnalité du texte. A partir de là, la Commission compétente pourra encore suggérer des modifications avant de soumettre le projet de loi aux députés pour débat puis vote. C'est le Parlement qui entérinera le texte. Si la nouvelle législation est adoptée d'ici la fin de l'année, la réforme de notre système de santé pourrait se mettre en place dès l'année prochaine.

---

#### Sources des citations :

- 1 **Prof. Lars Eric Kjekshus**  
Centre for Innovation in Health Management, University of Leeds  
Kjekshus: Changing demands for institutional management. In: Nordic Health Care Systems (WHO, 2009), p. 275
- 2 **Prof. Barbara Starfield**  
John Hopkins Bloomberg School of Public Health  
Starfield, B. (1998) Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. New York: Oxford University Press.
- 3 **Martin McKee**, Prof. of European Public Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine  
**Dr. Judith Healy**, Regulatory Institution Network, The Australian National University, Canberra  
McKee M & Healy J eds (2002) Hospitals in a Changing Europe Open University Press, Buckingham & Philadelphia, p. 11
- 4 **Prof. Sebastian Schneeweiss**, Harvard School of Public Health  
Schneeweiss, S. Pharmaceutical cost containment with reference based pricing: time for refinements Canadian Medical Association Journal, 167, 1250-51
- 5 **European Commission**  
Council Conclusions on common values and principles in European Union health systems (2006/C 146/01). Official Journal of the European Union, 22 June 2006.
- 6 **Neelie Kroes**, European Commissioner for Digital Agenda  
EU - Digital Agenda 2020, released on May 19, 2010
- 7 **Peter N Smith**, Professor of Economics and Finance, University of York Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I. Performance measurement for health system performance improvement: experiences, challenges and prospects. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2008
- 8 **Joseph Kutzin**, World Health Organization, Regional office for Europe.  
Kutzin J. Health financing policy: a guide for decision-makers. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008
- 9 **Prof. Bjørn Hofmann**, Prof. of Medical Ethics, University of Oslo  
Hoffman B. Is there a technological imperative in health care? International Journal of Technology Assessment in Health Care, 2002, 18:675-689.

---

#### Mentions légales

**Editeur** Ministère de la Santé et Ministère de la Sécurité sociale du Luxembourg • **Responsable de la publication** Mars Di Bartolomeo, Ministre • **Chargé de la publication** KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG Berlin • **Redaction** Dr. Beatrice Wolter (KomPart); Ministère de la Sécurité Sociale, Ministère de la Santé, Konstanze von Kotze; E-Mail: insight.santesecu@mss.etat.lu

**Nous remercions tous les auteurs** des ministères de la Santé et de la Sécurité sociale, l'Inspection générale de la Sécurité sociale et la CNS (Caisse Nationale de Santé) d'avoir récapitulé les principaux points de la loi pour ce numéro d'Insight. Merci à Dr. Françoise Berthet, Frank Gansen, Dr. Jürgen Hohmann, Jean-Paul Juchem, Geneviève Klepper, Réne Krippes, Pascale Oster, Barbara Rousseau, Paul Schmit, Marianne Scholl, Mike Schwebag, Dr. Raymond Wagener