



Conférence de presse du 2 février 2005.

« Soigner mieux en dépensant mieux. » Appel lancé à tous les acteurs.

## Introduction

L'évolution de la situation financière du régime d'assurance maladie luxembourgeois exige l'adoption de mesures concrètes et concertées en vue du maintien de son équilibre financier.

Plutôt que de remettre en question les principes du libre accès aux soins et du financement solidaire, les acteurs se sont mis d'accord d'œuvrer dans un esprit de solidarité pour garantir la pérennité de notre système d'assurance maladie. Dans ce contexte, des mesures dans tous les domaines, notamment de la prévention, de la détection précoce, de l'information, de la qualité, du contrôle de la qualité et des critères de contrôle, ainsi que les sanctions en cas d'infractions dûment constatées, ont été retenues. Ceci pour provoquer un changement des attitudes et une responsabilisation de tous les acteurs actifs et passifs, prescripteurs et prestataires, bénéficiaires et financiers du système d'assurance maladie.

### ***Les suites données au comité quadripartite du 13 octobre 2004***

#### *Mesures adoptées par l'assemblée générale de l'UCM*

Après discussion au sein du comité quadripartite, un certain nombre de mesures ont été adoptées majoritairement par l'assemblée générale de l'UCM en date du 9 novembre 2004. Ces mesures concernent :

- La limitation des analyses et examens de laboratoire
- Le relèvement du forfait d'hospitalisation.
- La participation aux frais de voyage à l'intérieur du pays.
- La participation au coût de certains moyens accessoires.
- Le relèvement des cotisations à charge des assurés, des employeurs et de l'Etat.

#### *Mise en place d'un comité de pilotage*

Sous le patronage du Ministre de la Sécurité sociale, un comité de pilotage regroupant des experts gouvernementaux en matière de santé et de sécurité sociale a été mis en place pour suivre l'évolution des recettes et des dépenses et accompagner l'action concertée. Un comité de pilotage élargi comprenant en plus les représentants des partenaires sociaux, de l'AMMD et de l'EHL sera mis en place et se réunira entre les réunions de la quadripartite pour suivre de près l'évolution des mesures proposées par celle-ci.

*Travaux entrepris relatifs à la mise en place du conseil scientifique*

Le comité quadripartite s'étant prononcé en faveur de la création d'un Conseil scientifique appelé à élaborer des recommandations de bonne pratique médicale, le Contrôle médical de la sécurité sociale de concert avec l'Association des médecins et médecins-dentistes ont mis au point le concept de travail du futur conseil scientifique dont les activités débiteront prochainement.

*Projets législatifs en cours*

Le projet de loi 5322 qui prévoit la révision des modalités et procédures d'attribution des indemnités pécuniaires de maladie a été adopté par la Chambre des Députés et entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> mai 2005.

Le projet de loi 5334 qui envisage l'adaptation de la loi du 25 juillet 2002 relative à l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle sera finalisé compte tenu des amendements introduits à la suite d'une consultation supplémentaire des milieux intéressés.

On veillera à une mise en vigueur simultanée des deux projets législatifs qui sont complémentaires.

*Usage judicieux des médicaments*

En ce qui concerne la consommation des médicaments, il est impératif pour une bonne santé des bénéficiaires et une meilleure maîtrise des dépenses en soins de santé de promouvoir l'usage judicieux des médicaments. La campagne lancée pour l'usage raisonné des antibiotiques en est un premier exemple. Elle sera suivie d'une initiative concernant le bon usage des médicaments psychotropes.

*Introduction de médicaments « génériques »*

Les médicaments « génériques » sont des copies de médicaments originaux qui ne bénéficient plus d'une exclusivité commerciale (levée du brevet d'invention). Ils sont destinés à se substituer au médicament original sous réserve qu'ils sont à valeur thérapeutique égale<sup>1</sup>. Ces médicaments sont moins onéreux que les médicaments originaux.

Or, pour maîtriser les dépenses superflues engendrées par la prescription et donc la consommation de médicaments de marque onéreux, on réfléchit actuellement à la possibilité d'introduire des médicaments génériques.

*Organisation hospitalière*

Lors de ses visites des établissements hospitaliers du pays, le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale a rappelé que l'organisation hospitalière serait à revoir sur certains points. Afin de mieux réguler la capacité hospitalière, tout en tenant compte des nouveaux besoins

---

<sup>1</sup> Une définition légale a été introduite en France dans le Code de la Santé Publique en 1996 (article L.5121-1 CSP) : « on entend par spécialité générique d'une autre spécialité, une spécialité qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique, et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence a été démontrée par des études appropriées de biodisponibilité. »

de santé, et d'optimiser l'allocation des ressources nécessaires, le Ministre entend traiter de façon prioritaire les domaines d'action suivants :

- L'évaluation du mode de fonctionnement actuel de l'attribution des services hospitaliers.
- La poursuite des synergies et regroupements entre établissements hospitaliers devant aboutir à la création de centres de compétence.
- L'analyse de la gestion hospitalière et du management des hôpitaux.
- L'étude des moyens appropriés pour associer le corps médical de manière renforcée à la gestion hospitalière.
- L'analyse des besoins réels en matière de recrutement de médecins spécialistes.
- Le strict respect des crédits alloués pour les nouveaux investissements.

### *Conclusion*

Tout en continuant à assurer une couverture optimale des soins de santé, il est essentiel d'éviter des doubles, voire des triples emplois, coûteux en matière d'analyses, d'imagerie et de dispensation des soins de santé. Pour éviter l'évolution non contrôlée du coût des prestations et pour maîtriser les dépenses de soins de santé, « à soigner mieux en dépensant mieux », il est indispensable de recourir à des mesures solidaires et équitables et d'arriver à un partage équilibré de l'effort entre l'ensemble des acteurs concernés que sont les prescripteurs, les prestataires, les bénéficiaires et les financiers.

Enfin, le Comité quadripartite qui s'était engagé le 13 octobre dernier à faire régulièrement le suivi des travaux entrepris quant aux priorités d'actions communes retenues et des objectifs fixés se réunira à nouveau le 9 mars 2005.

### Situation actuelle des caisses de maladie

Au moment de la réunion de la quadripartite en octobre 2004, l'assurance maladie était confrontée avec un déficit cumulé prévisible de 98,6 millions d'euros pour l'exercice 2005. Ce déficit cumulé résultait d'un déficit de 152,5 millions d'euros en matière de prestations en nature et d'un excédent de 53,9 millions d'euros en matière de prestations en espèces.

A rappeler que la situation excédentaire en matière de prestations en espèces ne résulte que du transfert réalisé en 2004 de 130 millions d'euros à partir des caisses de pension.

Suite aux décisions prises par l'assemblée générale du 9 novembre 2004, à savoir l'augmentation du taux de cotisation, l'augmentation de certaines participations des assurés et la limitation de la prise en charge des analyses de laboratoire, il a été possible de présenter un budget global en équilibre. En effet, le budget voté de l'UCM pour 2005 se présente maintenant avec un excédent cumulé de 8 millions d'euros. Toutefois, cet excédent très faible résulte d'un déficit prévisible de 61,5 millions d'euros au niveau des prestations en nature et d'un excédent de 69,5 millions d'euros au niveau des prestations en espèces.

Dans cet équilibre précaire, il faut relever deux points importants.

En premier lieu, la situation reste gravement déficitaire au niveau des prestations en nature, malgré le relèvement du taux de cotisation de 5,1% à 5,4%. C'est donc la maîtrise de l'évolution des prestations en nature, à savoir les dépenses pour soins hospitaliers, pour

honoraires médicaux, pour médicaments, pour analyses de laboratoires, etc. qui constitue le casse-tête principal de l'UCM en vue du maintien de l'équilibre financier.

En deuxième lieu, ce budget se base déjà sur l'hypothèse d'un ralentissement substantiel des prescriptions en matière de certificats d'incapacité de travail, de médicaments, d'analyses de laboratoire et d'autres soins des professionnels de la santé. En conséquence, ce budget en équilibre n'est réaliste que si nous réussissons ensemble avec les médecins prescripteurs à limiter les prescriptions médicales à ce qui est véritablement utile et nécessaire aux patients.

C'est un fait que les services de santé sont des services qui sont extrêmement intensifs en personnel. C'est un fait que le coût de ces services est assez élevé au Luxembourg par rapport aux pays environnants en raison de la structure des revenus au Luxembourg. S'y ajoute le fait que le marché pharmaceutique est caractérisé par l'arrivée de médicaments nouveaux extrêmement chers. De même, au niveau technologique, les procédés diagnostiques et thérapeutiques subissent une évolution constante ce qui se traduit par le recours à du matériel toujours plus sophistiqué et plus cher.

Alors même que la population du Luxembourg n'a pas subi de vieillissement au cours de la dernière décennie et que nous avons donc échappé jusqu'à maintenant aux conséquences financières d'un tel vieillissement, les dépenses pour soins de santé sont soumises à une pression inéluctable à la hausse.

Le seul moyen pour freiner cette hausse réside dans une meilleure affectation des fonds disponibles, c'est-à-dire à limiter la prise en charge des soins de santé à ce qui est véritablement utile et nécessaire.

Aussi, un des objectifs principaux de cette conférence de presse réside-t-il dans un appel à la prise de conscience de tous les acteurs de notre système de santé, à savoir médecins de ville, médecins hospitaliers, responsables d'hôpitaux, prestataires de toutes sortes, mais également tous les patients et employeurs; prise de conscience que notre système actuel d'assurance maladie qui garantit l'accès de tous aux soins de santé, qui présente un niveau généreux de remboursement, qui fonctionne encore avec un niveau relativement faible des charges salariales, ne peut être maintenu avec ces caractéristiques que si nous réussissons à restreindre les prestations à celles qui sont utiles et nécessaires.

Cette prise de conscience devra évidemment se traduire au niveau du comportement de chaque acteur dans notre système de santé.

En tout cas, l'UCM mettra toute sa logistique à la disposition des différents acteurs pour dépister les dérapages éventuels dans la consommation et la prestation de soins de santé au-delà de l'utile et du nécessaire.

Mesures proposées pour accroître la performance du système de santé

### ***Les recommandations de bonne pratique et l'instauration d'un conseil scientifique***

Objet: La mise au point et l'application de guides de recommandations de pratiques cliniques soutiendra une pratique médicale fondée sur l'expérience et les résultats d'études cliniques. Ceci impliquera à terme une meilleure information de tous les acteurs concernés et permettra de mieux gérer la demande pour certaines

prestations ou certains soins discrétionnaires et d'en réduire la consommation inadaptée sans remettre en cause le droit des patients à des prestations de haute qualité et à la garantie d'accès aux soins.

Bien que la maxime de « l'utile et du nécessaire » se trouve ancrée depuis longtemps dans le Code des assurances sociales, le choix de « l'utile et du nécessaire » a, dans le passé, été laissé le plus souvent à l'appréciation individuelle sans pourtant fournir le support, les critères et le référentiel en conformité duquel le système revendique ce choix.

L'introduction des recommandations de bonnes pratiques entend influencer les comportements des praticiens en leur proposant de se fier à des guides élaborés par des communautés scientifiques. Ces recommandations sont basées sur l'analyse critique d'un grand nombre d'études scientifiques et se concentrent sur les résultats concrets et mesurables des actions cliniques (« evidence based medicine »).

L'ambition de transposer un principe tel que « l'utile et du nécessaire » dans une réalité tangible a amené le Comité quadripartite à proposer l'institution d'un Conseil scientifique.

La première mission du Conseil scientifique, composé avant tout de praticiens, est d'identifier, ensemble avec les principaux acteurs (partenaires sociaux, médecins, hôpitaux, etc, les thèmes médicaux prioritaires et de récolter les informations scientifiques disponibles sur ces sujets.

Le Luxembourg se trouve dans l'impossibilité matérielle de se doter d'instituts scientifiques possédant les compétences pour déterminer des recommandations à partir de ses propres recherches et évaluations scientifiques. Dans ses travaux, le Conseil scientifique devra dès lors collaborer avec des instituts renommés de l'étranger qui disposent des bases de données nécessaires.

Les résultats des travaux du Conseil scientifique seront diffusés au corps médical luxembourgeois, à l'EHL et aux représentants de l'UCM sous forme de recommandations de bonne pratique.

Cette aide permettra aux médecins de disposer de recommandations écrites pour les guider dans leur pratique journalière. Ces recommandations constitueront également un instrument de soutien précieux dans leurs relations avec les patients et feront l'objet de campagnes d'information ciblées de la part de la Direction de la santé.

Suite à la conférence de presse, une lettre - circulaire conjointe du Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale et de l'Association des médecins et médecins-dentistes est adressée au corps médical afin de l'informer sur l'introduction des recommandations de bonne pratique et la mise en place du conseil scientifique et de l'associer.

### ***L'établissement de systèmes d'informatisation des données médicales***

Objet : L'établissement de systèmes d'informatisation des données médicales permettra le partage des données médicales nécessaire à une organisation et une dispensation des soins efficiente.

La liberté du patient comme du médecin constitue une des forces de notre système de santé. Cette liberté peut hélas conduire à un manque de transparence au niveau des

données médicales, favorisant ainsi la multiplication des actes techniques, la redondance et la duplication tout en augmentant inutilement les dépenses et certains risques.

L'optimisation de l'efficacité du système de santé passe donc aussi par la responsabilisation du prestataire de soins et du patient. Une meilleure information du patient lui permettra de participer aux décisions le concernant et conduira donc à une responsabilisation accrue du patient dans la prise en charge de sa maladie.

L'outil le plus efficace de la coordination des soins et d'une meilleure information est le dossier médical informatisé ou électronique qui vise les échanges de données pour un patient par support informatique (transfert d'images – radiologie, endoscopies, etc. -, transmission de résultats d'examen biologiques...). Ce dossier médical devra satisfaire à toutes les obligations découlant de la loi sur la protection des données et son accès devra être soumis au contrôle du patient.

Le projet pilote du dossier médical du médecin généraliste (DMG), dont la mise en place est prévue dès que la Commission nationale pour la protection des données aura donné son approbation, en constitue une première approche qui devra ensuite être soumise à évaluation. Notons que ce dossier ne pourra pas encore recourir à un échange des données médicales par voie électronique, mais que cet échange se fera sur base de documents établis.

Par ailleurs, le projet du « carnet radiologique digital », qui entend mettre à disposition des praticiens et des médecins prescripteurs, sous forme électronique, des informations sur le passé radiologique du patient, poursuit le même objectif d'échange de données médicales.

Enfin, le comité quadripartite a retenu qu'un système intégré de données du patient pour améliorer la coordination et la qualité ainsi que l'efficacité de la prise en charge du patient devra à moyen terme être développé. A cette fin, des entrevues ont d'ores et déjà été programmées avec les acteurs concernés.

### ***L'évaluation régulière des prescriptions***

Objet : L'évaluation régulière des résultats des mesures introduites permettra d'améliorer les performances du système de santé et s'inscrira dans une démarche globale d'amélioration de la qualité.

La publication de recommandations concernant la bonne pratique médicale n'aura pas d'effets concrets, si des évaluations systématiques ne sont pas introduites. Cette évaluation peut être globale ou individuelle. Chaque prestataire sera soumis à une évaluation périodique, mais à échéance aléatoire, et devra alors le cas échéant rendre compte de son activité par rapport aux recommandations émises. Les résultats de ces évaluations sont communiqués aux personnes concernées.

Comme mesure corollaire, les critères de mesures, les instruments juridiques ainsi que les sanctions possibles devront être élaborés et inscrits dans la loi.

Le Contrôle médical de la sécurité sociale a d'ores et déjà procédé à une première évaluation des prescriptions en matière de médicaments. Chaque prestataire disposera sous peu de son profil de prescripteur comparé à une moyenne répondant à des standards internationaux.

Il va de soi, que cette démarche qui vise la normalisation de la consommation et des prescriptions en matière de médicaments et qui poursuit comme objectif la modération des dépenses de l'assurance maladie, dépend aussi de la disposition des médecins à collaborer activement à une maîtrise des prescriptions.

***Intervention conjointe UCM, Mme Bertrand-Schaul et M. Pizzaferrì***

*Intervention de Mme Christiane Bertrand-Schaul, vice-présidente UCM, représentante des employeurs*

Les représentants des employeurs, indépendants et agriculteurs ont souligné lors de la réunion du comité quadripartite comme de l'assemblée générale de l'UCM qu'ils s'opposent à une politique qui se bornerait à augmenter sans cesse les recettes – au détriment de notre économie – sans tenter de maîtriser davantage les dépenses de l'assurance maladie. C'est dans cette optique qu'ils n'ont pas pu donner leur aval à une augmentation des taux de cotisation en novembre dernier. Dans cette même optique toutefois, ils ont marqué leur accord au comité quadripartite pour une approche concertée visant la mise en place de mécanismes régulateurs et une responsabilisation de tous les acteurs de l'assurance maladie.

L'approche qui a été exposée ci-avant par Monsieur le Ministre et par les différents intervenants de l'AMMD et des administrations concernées s'inscrit à mon sens dans cette logique et trouve l'aval des représentants patronaux. Ces derniers entendent évidemment veiller au suivi des mesures annoncées, s'impliquer activement dans les travaux du comité quadripartite et suivre de près les travaux du conseil scientifique et du comité de pilotage.

Deux sujets peuvent être cités comme prioritaires à nos yeux pour les prochains mois :

- *L'organisation hospitalière*

Les points énumérés par Monsieur le Ministre à ce sujet nous semblent cruciaux et ils devraient sans doute figurer à l'ordre du jour de la prochaine réunion du comité quadripartite. L'analyse des besoins réels tant en matière de recrutement de médecins qu'en matière d'attribution de services ou d'équipement est éminemment importante et l'état actuel de ces dossiers n'est pas satisfaisant.

- *Les prestations en espèces*

Rappelons que la nouvelle loi sur l'incapacité a été votée et que le projet de loi relative à l'incapacité et à l'insertion est actuellement sous examen par les chambres professionnelles. Les deux textes entreront en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> mai 2005. Ils apportent un certain nombre de nouvelles obligations et de nouvelles procédures pour les assurés, les employeurs et les médecins tout comme pour les caisses de maladie et le contrôle médical.

Une campagne d'information sur ces nouvelles procédures et obligations sera lancée dans les semaines à venir par les caisses de maladie concernées et les partenaires sociaux.

Mis à part ces changements législatifs, il reste à préciser que dans le domaine des prestations en espèces, une responsabilisation de tous les acteurs est tout aussi pertinente qu'elle ne l'est dans les prestations en nature.

Aussi faut-il rappeler que la maîtrise des dépenses en matière d'indemnités pécuniaires exige une responsabilisation des acteurs dans les entreprises – salariés et employeurs – et des médecins prescripteurs. Afin de mieux maîtriser l'absentéisme de courte et de longue

durée, les contrôles administratifs et – surtout – médicaux ne seront pas réduits, mais seront, au contraire, rendus plus efficaces et mieux ciblés.

*Intervention de M René Pizzaferrri, vice-président de l'UCM, représentant des assurés*

Les représentants des assurés au sein de l'Union des caisses de maladie ont toujours adopté une position claire et sans équivoque quant à la politique à mener dans l'assurance maladie.

Maintenir un système de soins d'une haute qualité accessible pour tous les assurés. Conscients du fait que la santé financière de l'assurance maladie est une condition sine qua non pour garantir un tel système les représentants du salariat ont lors de la dernière réunion quadripartite apporté leur soutien aux visées du Ministre de la Sécurité Sociale d'aborder toutes les facettes ayant une influence directe ou indirecte sur notre système de santé et sur l'évolution du coût. C'est dans cet état d'esprit qu'ils ont accepté les changements intervenus lors de l'assemblée générale de l'UCM en date du 9 novembre 2004. Lors de la réunion quadripartite, ils ont souligné la nécessité de maintenir l'évolution des prix des prestations dans un cadre évitant une explosion des dépenses indépendante d'augmentation ou de changement des prestations. Ils ont souligné leur volonté de rémunérer chaque prestation à leur juste prix et leur volonté de rechercher toute déviation non justifiée.

Ils ont aussi exprimé leur opposition aux transferts de charges du budget de l'Etat vers l'assurance maladie qui ne peuvent être compensés par des augmentations de cotisations.

Ils soutiennent la volonté du Ministre d'introduire dans le secteur hospitalier une meilleure planification garantissant ainsi une offre répondant aux besoins réels de la population et des conditions de travail équitables pour le personnel. Ils ont demandé une plus sévère surveillance des projets en construction afin de clarifier les champs d'activités en relation avec la demande évaluée par les responsables de l'assurance maladie et de la Santé. Par ailleurs ils revendiquent un meilleur contrôle des coûts de construction, de l'équipement et du fonctionnement.

Ils se félicitent de la proposition faite par Monsieur le Premier Ministre dans une réunion tripartite d'instaurer une véritable cogestion des partenaires sociaux représentés dans l'Union des caisses de maladie dans le domaine de la planification hospitalière.

Dans les différentes Caisses de maladie, les représentants des assurés ont toujours été d'accord d'appliquer toutes les règles légales et statutaires pour sanctionner les abus quant à l'absentéisme, le nomadisme médical ainsi que la surconsommation de médicaments et le recours à toute autre prestation statutaire, sans oublier la responsabilité des prescripteurs. Ils rappellent aussi leurs propositions pour améliorer la situation dans le domaine des prestations en espèces faites lors de plusieurs réunions quadripartites.

Les propositions du Ministre de la Sécurité Sociale de faire des efforts accrus dans le domaine de la prévention, de la détection précoce, de l'information des assurés et des prestataires, de la qualité et du contrôle de qualité, trouvent un appui total auprès des représentants du salariat.

La proposition d'instaurer un conseil scientifique pour élaborer des propositions d'amélioration de prise en charge des malades accompagnées par une meilleure et une plus économique utilisation des moyens diagnostiques et curatifs trouve également le soutien des représentants salariaux.. Dans ce contexte, ils tiennent à souligner la nécessité d'une concertation approfondie entre tous les partenaires concernés afin d'apporter les



clarifications nécessaires quant à la composition de ce conseil scientifique, sa méthode de travail, les priorités à définir, son champ d'action et la transposition des résultats dans notre système de santé. Ils demandent, sans pour autant s'y immiscer, un droit de regard sur les activités de ce conseil et n'accepteront naturellement pas une diminution de la qualité des prestations offertes. Ils ne voient surtout pas dans ce conseil un instrument destiné à se substituer aux organes de l'UCM en ce qui concerne les prestations ni à la commission de nomenclature.

Finalement, ils expriment leur soutien à la volonté du ministre de traiter le dossier de l'assurance maladie d'une façon continue et d'y garantir un suivi efficace.