

FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION DE NOMENCLATURE

PRISE DE POSITION FHL

1. INTRODUCTION

Afin d'offrir au patient un environnement de confiance - donc sûr et de haute qualité - la FHL a toujours plaidé pour un mode de collaboration efficient entre les différents acteurs réunis au sein de l'entité « hôpital », en particulier avec les acteurs médecins.

Une prestation de qualité présuppose une organisation adéquate.

En effet, les soins médicaux se conçoivent dorénavant en processus coordonnés par une équipe multidisciplinaire de médecins, de soignants et de gestionnaires et non plus comme une action individualiste et indépendante de l'organisation globale (« Schicksalsgemeinschaft »).

L'objectif consiste par conséquent à mettre en place une médecine hospitalière intégrée qui prendra en considération les obligations de santé publique et qui sera attrayante grâce à une rémunération des gardes, astreintes et services intra-hospitaliers de santé publique.

D'autre part, il est illusoire d'exiger des directions hospitalières, le respect d'un cadre sécuritaire qualitatif et budgétaire sans implication du corps médical de manière structurée.

Pour une prise en charge de qualité élevée des patients, l'interaction entre médecins et directions hospitalières doit donc fonctionner de manière optimale.

Cette interaction ne préjuge pas le « statut » de la médecine hospitalière qui peut être salariée ou libérale.

Dans ce contexte une discussion autour de la Commission de Nomenclature s'impose.

2. ANALYSE

Aspects législatifs

Les relations entre les prestataires de soins et l'assurance maladie sont réglées par les articles 61 à 73 ou les articles 74 à 79 du code de la Sécurité sociale (CSS), suivant qu'il s'agit de prestations dispensées dans le secteur extra-hospitalier ou dans le secteur hospitalier.

Sont considérées comme prestations du secteur hospitalier toutes les prestations en nature dispensées à des assurés traités dans un hôpital, un établissement hospitalier spécialisé ou un

établissement d'accueil pour personnes en fin de vie, au sens de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

Selon l'article 60 alinéa 3 CSS, les actes et services des médecins et médecins-dentistes sont pris en charge conformément aux articles 61 à 73 (articles portant sur les relations dans le secteur extra-hospitalier), même s'ils sont prestés dans le secteur hospitalier.

Les activités des médecins prises en charge moyennant le budget hospitalier ne donnent pas lieu à une rémunération suivant la nomenclature des actes.

Une discussion sur le fonctionnement de la Commission de Nomenclature est donc incontournable.

Aux yeux de la FHL, la nomenclature telle qu'elle se présente aujourd'hui est archaïque, dépassée et injuste :

- ***archaïque*** : elle a été mise en place à une époque où l'établissement hospitalier fonctionnant sous régime dit "ouvert" était la règle au Luxembourg, et l'établissement hospitalier dit "fermé" à services structurés l'exception. Selon ce concept, l'hôpital fonctionnant sous régime dit "ouvert" n'a en soi pas de patients, et se borne à mettre son personnel et ses services à la disposition des médecins exerçant en son sein. L'hôpital ne fournit que l'environnement matériel, le support, et "prête" en quelque sorte son personnel au médecin. Le contrat d'hospitalisation qui lie l'hôpital au patient se limite dans ce cas au logement et à l'alimentation, et à la prestation de soins accessoires au traitement médical proprement dit, tels que l'administration des médicaments prescrits, piqûres, relevés de température et la garde du malade.

Or, la réalité des obligations légales auxquelles sont soumis les hôpitaux luxembourgeois leur conférant des caractéristiques d'hôpital public ***n'admet plus ce cloisonnement*** limitant le rôle de l'hôpital à une assistance logistique, et une séparation nette entre contrat de soins et contrat médical, où l'hôpital assume la responsabilité inhérente aux soins hospitaliers, alors que le médecin assume seul celle des soins médicaux.

Ainsi, les hôpitaux à vocation publique sont dans l'obligation légale d'organiser un service de garde médical (service d'urgence, maternités avec plus de 1500 accouchements/an, ...) limitant à cet égard le libre choix du médecin par le patient. Si le libre choix est ainsi limité par une organisation médicale imposée aux gestionnaires d'hôpitaux qui doivent garantir ce service en choisissant et recrutant les médecins qui le prestent, (limitation par ailleurs inscrite dans la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient - article 5, "impératifs d'organisation de la prestation des soins")), le gestionnaire a sa part de responsabilité dans la prise en charge médicale qui s'en suit.

La notion d'hôpital "ouvert" est par ailleurs incompatible avec le concept de réseaux de compétence où les hôpitaux avec les médecins salariés et les médecins indépendants devront étroitement interagir et établir des agréments interhospitaliers.

L'hôpital est en droit d'exiger du médecin une implication dans un travail interdisciplinaire avec d'autres catégories de professionnels de santé, et le respect des procédures de l'établissement impliquant une utilisation rationnelle et scientifique des pratiques médicales ou des thérapies

et dispositifs médicaux ; par conséquent il ne se limite pas à une simple mise à disposition de moyens.

Il en résulte une implication dans les modalités de la prestation médicale et donc du contrat médical auquel souscrit le patient. Le médecin évolue en effet au 21^e siècle au Luxembourg dans des hôpitaux de plus en plus structurés et de moins en moins "ouverts", et une partie des modalités de la prestation de l'acte qu'il s'agit de rémunérer est déterminée par l'hôpital. Il est donc cohérent que l'hôpital soit associé à la fixation du niveau de la rémunération de cet acte qui fait partie intégrante de l'organisation hospitalière.

De même, les spécificités de l'organisation hospitalière font que l'hôpital doit avoir un droit de regard sur la valorisation du travail médical effectué à l'hôpital, de veiller à ce que cette valorisation perpétue l'attractivité du métier de médecin hospitalier qui se distingue par ses obligations spécifiques par rapport à une médecine de ville ou de campagne.

Par ailleurs, les hôpitaux ayant engagé des médecins salariés (CHL, CHNP, CFB, CRRF) doivent être en mesure de garantir le salaire de ces médecins en agissant activement sur la politique de prix de leur activité. Les gestionnaires de ces hôpitaux n'ont à aucun moment donné leur accord de déléguer la défense de leurs intérêts à un syndicat dont ils ne font pas partie.

Il va de soi que la rémunération des gardes et astreintes à organiser légalement au sein des hôpitaux doit être gérée directement par les hôpitaux qui indemniseront les médecins ayant participé aux services de garde et d'astreintes sur base d'un financement à prévoir dans les budgets hospitaliers.

Par conséquent, l'article 60-3 CSS disposant que le travail médical en milieu hospitalier relève d'un système conventionnel rattaché au secteur extra-hospitalier avec une nomenclature afférente *est désuet et doit être aboli*.

- **dépassée** : *les actes repris dans la nomenclature*, tout comme leur valorisation en termes d'une complexité qui s'est pour beaucoup d'actes modifiée au fil du temps, *tiennent insuffisamment compte du progrès médical*. Cette évolution risque par conséquent de freiner le progrès médical. Cette situation est le résultat d'une inaction inhérente à l'AMMD qui bien que théoriquement investie des compétences médicales requises n'a pas su proposer en temps utile l'inscription de nouveaux actes dans cette nomenclature. Les hôpitaux souffrent de cet état de fait. En effet, c'est dans les hôpitaux que le progrès médical technique fait son entrée, où de nouveaux équipements sont acquis pour les mettre au bénéfice du patient. Les hôpitaux voient donc compromise leur mission d'offrir au patient les meilleurs soins possibles, puisque sans valorisation correspondante du travail médical, ces techniques risquent de rester sous-développées. La FHL ne va donc plus abandonner à l'AMMD la responsabilité d'assurer dans le milieu hospitalier le financement du progrès médical.
- **injuste** : la nomenclature telle qu'elle est actuellement en vigueur a institutionnalisé *de fortes différences dans la rémunération des différentes spécialités médicales*, défavorisant notamment l'effort intellectuel par rapport au geste technique. Cette discrimination de certaines spécialités est le résultat d'une approche sélective de l'AMMD,

que la FHL ne saurait cautionner. Elle met à mal la mission de l'hôpital d'assurer une offre globale équilibrée suivant une *gestion efficace des budgets hospitaliers*, dans *l'intérêt des patients hospitaliers*. Elle diminue alors l'attractivité de certaines spécialités médicales et crée ainsi des pénuries dommageables à la politique de santé publique soutenue par les hôpitaux.

3. CONCLUSION

Par conséquent, *la FHL demande à être dans l'avenir beaucoup plus impliquée dans la fixation des tarifs des actes prestés à l'hôpital.*

Deux variantes peuvent être discutées, suite à l'abolition de l'article 60-3 CSS revendiquée par la FHL :

- *Maintien d'une seule nomenclature, avec une représentation plus poussée de la FHL dans la Commission de Nomenclature.* Ceci devra aller de pair avec une identification des actes prestés exclusivement en milieu hospitalier et une majoration significative du tarif des actes prestés dans le cadre d'un service d'urgence ou sur des patients stationnaires.
- *Deux nomenclatures :*
 - ✓ Maintien de l'application de la nomenclature des actes médicaux actuelle mais limitée au milieu extra-hospitalier, dont la détermination se fera alors sans contribution de la FHL.
 - ✓ Création d'une nomenclature spécifique des actes hospitaliers à négocier avec la FHL ensemble avec les représentants des médecins hospitaliers et accompagnée par la cellule d'expertise médicale dont le fonctionnement, la composition et le rattachement devront être revus (cf. KCE en Belgique).

Bertrange, le 6 mai 2019