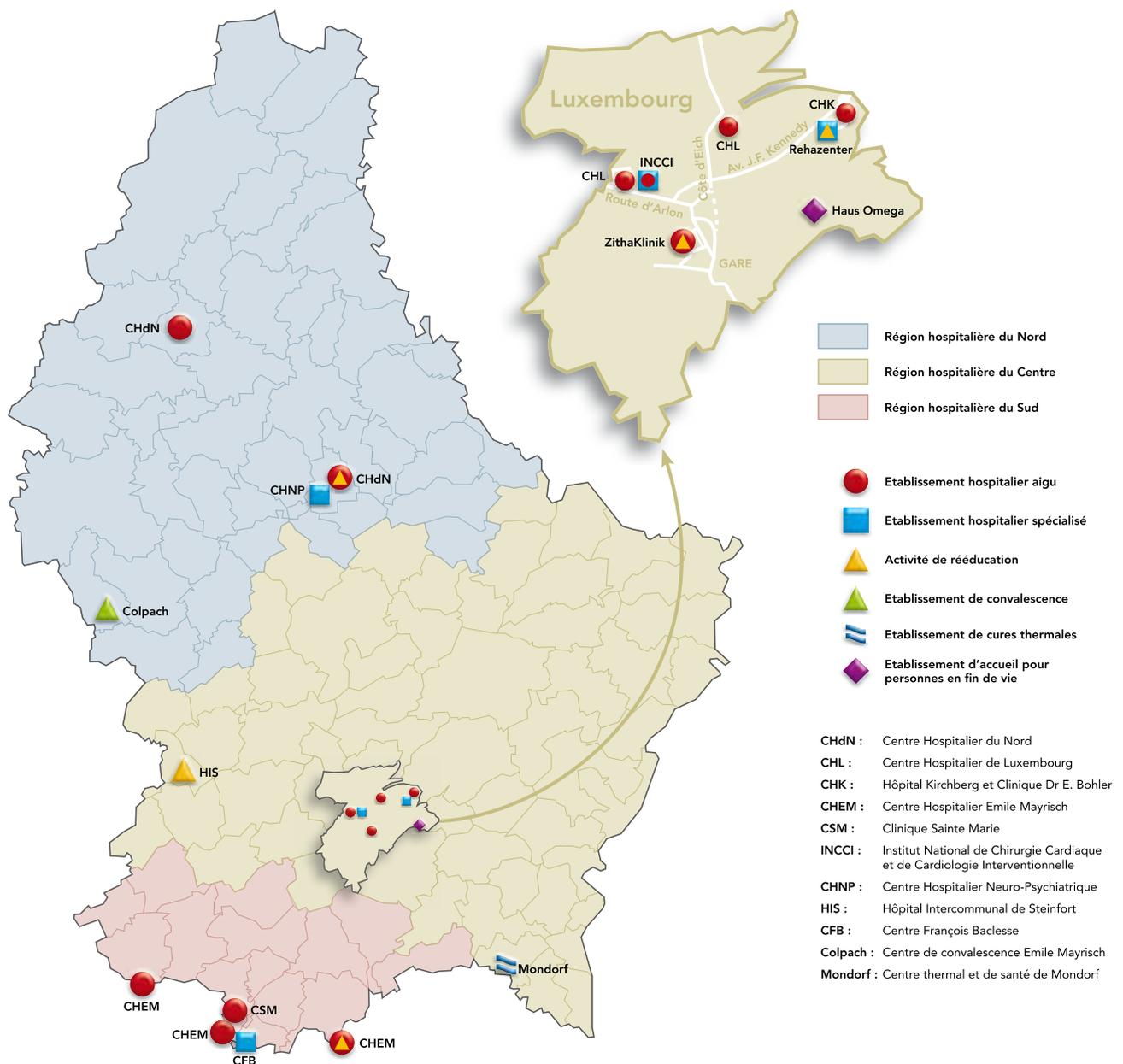


CARTE SANITAIRE 2012

GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG - 5^E ÉDITION

SYNTHÈSE DES OBSERVATIONS ET PROPOSITIONS

Carte des hôpitaux et régions hospitalières 2012



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé

www.sante.lu





Base légale	Art.3, Loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements de santé
Éditeur	Ministère de la Santé, Grand-Duché de Luxembourg Ministre de la Santé : Mars DI BARTOLOMEO Responsable de l'Édition : Roger CONSRUCK, Conseiller de Gouvernement
Rédaction	Anne-Charlotte THOMAS, Marie-Lise LAIR : CRP-Santé, Centre d'Études en Santé Roger CONSRUCK : Ministère de la Santé
Conception graphique	rose de claire, design
Photographies	istockphoto.com
Tous droits réservés	© 2012, Ministère de la Santé
Impression	Imprimerie Centrale
ISBN	978-99959-680-5-2
Édition	Juillet 2013

Synthèse

des observations et propositions

Index

<hr/>	Carte sanitaire 2012: format et contenu	6
<hr/>	1. SYNTHÈSE DES OBSERVATIONS 2002-2009	8
<hr/>	2. ANALYSE SWOT DU SYSTÈME HOSPITALIER	13
<hr/>	3. RÉSUMÉ DES PROPOSITIONS, PISTES D'AMÉLIORATION ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE	14
<hr/>	4. QUID DU PLAN HOSPITALIER?	24
<hr/>	Carte sanitaire 2012: Résumé succinct	26

Carte sanitaire 2012: format et contenu

La 5^e édition de la carte sanitaire se compose de la présente synthèse, d'un document principal et de 4 fascicules portant sur des focus particuliers.

Document principal



- Introduction: Carte sanitaire et Plan Hospitalier
- Chap. 1: Identification de la patientèle, de ses comportements et de ses attentes
- Chap. 2: Cadre et contexte du secteur hospitalier luxembourgeois
- Chap. 3: Inventaires des ressources hospitalières
- Chap. 4: Taux d'utilisation et performances d'exploitation

Fascicule 1 : Établissements hospitaliers du Grand-Duché de Luxembourg



- présente le profil de chaque établissement de manière synthétique sous forme de fiches regroupant les principales données administratives et d'activité.



Fascicule 2: Recours à l'hospitalisation selon la Classification Internationale des Maladies (ICD 10)

→ analyse de manière approfondie les 21 chapitres de cette classification selon un modèle analogue, afin de décrire la fréquence et l'évolution de 2002 à 2009 des raisons de recours à l'hôpital au niveau du pays, par région hospitalière et par hôpital, un focus sur l'année 2009 est par ailleurs réalisé ainsi qu'une comparaison internationale, un résumé des constats et des propositions et éléments de perspective.



Fascicule 3: Activités médico-techniques

→ propose une analyse détaillée des activités de policlinique-urgences, des laboratoires d'analyses médicales, d'imagerie médicale, de blocs opératoires, de salles d'accouchements et d'hémodialyse et propose pour chaque entité des éléments de prospective.



Fascicule 4: Focus sur des prises en charge spécifiques: Transferts à l'étranger, Rééducation et convalescence, Gériatrie, Soins palliatifs

→ propose une analyse détaillée, des observations et propositions concernant ces prises en charge

1. Synthèse des observations 2002-2009

La population et le cercle des bénéficiaires de soins hospitaliers

Résidents	Sur la période 2002-2009 , la population résidente a augmenté de 11 % . Selon les prévisions du Statec, la croissance devrait rester soutenue et supérieure à celle des pays avoisinants et la population grand-ducale devrait rester d'âge moyen plus jeune.
Patientèle étrangère	L'attrait des frontaliers pour les hôpitaux luxembourgeois reste marginal (de 2,9% en 2002 à 5% des 118 000 séjours en 2009), mais est en augmentation pour les ressortissants français et belges.
Transferts à l'étranger	Les transferts à l'étranger ont régulièrement augmenté de 1998 à 2003, puis se sont stabilisés à 16 000/an . Les données collectées afférentes ne permettent pas d'identifier la nature, le mode de prise en charge des prestations, les diagnostics de sortie, et par conséquent de tirer des conclusions sur les besoins qui ne seraient pas satisfaits au Grand-Duché. De plus, aucune information sur les résultats n'est disponible, en termes de bénéfices pour les patients, respectivement leur devenir.

L'hôpital

- Avec un fonctionnement **24h/24, 365 jours/an**, l'hôpital est le seul lieu qui peut en permanence prendre en charge **toutes les urgences** sanitaires et doit être capable de mobiliser rapidement son arsenal lourd et sa concentration de ressources qualifiées.
- L'hôpital **accueille, diagnostique, panse, soigne, traite** et influence souvent notablement le devenir de ceux qu'il prend en charge ; quasi tous y sont nés et ont fait, souvent à de nombreuses reprises, appel à ses services, respectivement y ont été accompagnés à la fin de leur vie.
- Il est un **lieu de passage dans la chaîne des soins** à la population, dont la raison d'être est de **contribuer au meilleur devenir de l'état de santé** de ceux qui font appel à ses prises en charge.
- En principe réservé à des prestations qui ne peuvent être réalisées avec la même efficacité en dehors de ce milieu, à moins que des raisons de synergie ou de politique motivée ne le justifient, l'hôpital est un des **éléments du système de santé** et notamment **maillon entre les soins primaires et de long séjour**.
- Son **rôle** et ses **missions** doivent être en complémentarité et cohérence avec ceux des autres structures composant la chaîne des soins de santé, et **dans le cadre des axiomes et des objectifs du système national de santé**. Les bénéfices pour le patient et sa plus-value pour la société doivent être mesurables.
- Financé par des **deniers publics** et par les **citoyens** via la Caisse Nationale de Santé dont il représente la moitié des dépenses annuelles, l'hôpital assure un rôle d'**utilité publique** et en est par conséquent redevable.
- Les activités incombant aux établissements hospitaliers se fondent sur les valeurs universelles, européennes et nationales : - **Équité d'accès et de chance- Bénéfice – Innocuité – Efficacité – Qualité – Efficience**. Ces valeurs sont à décliner en objectifs mesurables via des indicateurs adéquats, alimentés par des données fiables.

Tel est l'enjeu de la planification hospitalière et de sa gouvernance.

Le **service hospitalier, d'intérêt général**, est délégué aux établissements hospitaliers en fonction de leur classement au plan hospitalier. Déléguer ainsi des missions implique de confier la réalisation d'objectifs en même temps que les responsabilités et pouvoirs afférents. Toute délégation comporte des règles, des obligations mutuelles et surtout la responsabilité de rendre compte tant aux délégataires qu'aux destinataires des prestations.

La carte sanitaire est un ensemble de documents d'information et de prospective visant à fournir une base de données et de propositions pour la planification hospitalière dans son contexte.

Cadre et contexte du secteur hospitalier	
Législation	<p>Sans préjudice des adaptations législatives liées aux fusions de différents établissements hospitaliers, une nouvelle édition du plan hospitalier a été publiée en 2009 et la loi « portant réforme du système de soins de santé » a été promulguée en décembre 2010 pour préserver le secteur des retombées du ralentissement économique en modifiant notamment en partie les modalités de financement des prestataires ainsi que la législation de 1978 sur les établissements hospitaliers. Mais la législation qui s'applique au secteur hospitalier est également impactée par d'autres dispositions dont celles sur l'exercice des médecins et des autres professions de santé, avec pour conséquence certains conflits de logique préjudiciables à son pilotage par la gouvernance.</p>
Financement	<p>Le financement hospitalier est entièrement public, à charge de l'assurance maladie (CNS) en ce qui concerne les frais d'exploitation imputables à ses assurés et 20% des frais des gros investissements, les 80% restants étant à charge de l'État. Les frais d'exploitation sont pris en charge via la budgetisation qui n'est pas liée à des obligations de résultats ou de performances. Les coûts, imputables à 70% aux frais de personnel, étaient en augmentation moyenne annuelle d'environ 4% pendant la période d'observation. Les dotations en personnel sont liées aux charges de travail liées aux activités générées par les prescriptions médicales ainsi qu'à l'état de dépendance des patients. Le libre agrément des médecins par les hôpitaux en termes de nombre et de spécialités médicales relève de l'autorité des gouvernances locales et échappe à la CNS, tout comme les conventions collectives du personnel employé qui relèvent d'une négociation entre la Fédération des Hôpitaux luxembourgeois et les syndicats.</p> <p>Si, en regard des comparaisons internationales, la progression des coûts du secteur hospitalier, qui constituent la moitié des dépenses annuelles de la CNS, pouvait paraître raisonnable, le ralentissement de la croissance économique depuis 2007 constitue un défi considérable pour la gouvernance et exige, pour pouvoir préserver l'équilibre budgétaire à terme, des mesures fortes d'optimisation de l'efficience.</p>
Gouvernance et structures	<p>Le modèle de gouvernance du secteur au niveau des établissements est quasi resté inchangé, en dehors du fait que des fusions ont été opérées dans les trois régions hospitalières, de sorte que dès 2014, il ne subsistera plus que quatre hôpitaux généraux. Les plus-values notamment d'économies d'exploitation ainsi que les mutualisations de structures logistiques restent à concrétiser.</p>
Infrastructures	<p>La modernisation et la reconstruction de la plupart des établissements relevant du plan hospitalier ont pu être réalisées entre 2002 et 2009, mais deux chantiers importants (CHL et nouvel hôpital de la région hospitalière du Sud) restent à l'agenda.</p>
Missions	<p>Le classement opéré par le plan hospitalier ne précise pas explicitement les missions des établissements et de leurs services, notamment en ce qui concerne les services nationaux; il est également muet en ce qui concerne les filières de soins. Les conditions de délégation des missions versus des services aux exploitants hospitaliers ne sont pas précisées, ni la redevabilité à l'égard du délégataire. La liberté thérapeutique et la structuration de la nomenclature des actes médicaux s'imposent aux stipulations de la planification hospitalière et compromettent du moins partiellement les ambitions de cette dernière. La fonction de médecin coordinateur est en voie de finalisation.</p>

ACTIVITÉS HOSPITALIÈRES

- Prestations médico-techniques, 2002-2009

Policlinique-urgences	Augmentation de 58,9% , fortement supérieure à l'accroissement de la population résidente (11,1%). L'outil statistique ne permet pas de distinguer les sollicitations urgentes des autres motifs de visites à la policlinique; hormis le nombre d'interventions par an, des statistiques sur l'activité Samu ne sont pas disponibles.
Laboratoires d'analyses médicales	Augmentation de 38,4% , sans préjudice d'une forte progression également au sein des laboratoires extrahospitaliers.
Imagerie médicale	Augmentation de 4.4% (dont imagerie traditionnelle: -3.6% / IRM: +311%)
Hémodialyse	Augmentation de 46.9%
Chimiothérapie	Augmentation de 23,7%
Salles d'accouchement	Augmentation de 13.6%
Blocs opératoires	Augmentation de 21,5%

Commentaires

Selon une enquête représentative TNS-Ilres commanditée pour les besoins de la carte sanitaire, **chaque année un résident sur deux fait appel aux services externes de l'hôpital.**

Il y est envoyé dans 2/3 des cas via une prescription médicale. Dans la grande majorité des cas c'est également le médecin qui détermine le choix de l'hôpital (spécialistes 40%; généralistes 24%), lorsque le patient choisit, il s'adresse à un hôpital qu'il dit connaître (68%), en général en proximité, et pour des prestations d'urgence, il privilégie l'hôpital aux maisons médicales.

Hormis pour l'hémodialyse, il n'y a pas d'études spécifiques pour expliquer et justifier les **fortes augmentations** observées et/ou leurs prévisions pour les années à venir. L'approche choisie révèle certaines interpellations, à clarifier, mais ne permet que très imparfaitement de prévoir les besoins de capacités pour les années à venir. Un **pilotage plus proactif** exigerait:

- l'ajout d'autres (instruments de) mesures telles que les **délais d'accès à certains examens** (IRM, certaines analyses de laboratoire) **ou traitements** (chimiothérapie, radiothérapie, interventions opératoires électives) et les **délais d'attente** notamment pour l'accès et la prise en charge aux **urgences**. Plus particulièrement la **croissance** de l'activité en **hémodialyse** et en **salles d'opération** nécessite de scruter et d'analyser de plus près ces évolutions afin de pouvoir continuer à répondre aux besoins;
- la tenue de **tableaux de bord standardisés** et spécifiques en fonction des activités et dont les résultats seraient centralisés;
- un **rapport d'activité** structuré par les autorités et d'accès public.

ACTIVITÉS HOSPITALIÈRES

- Hospitalisation, 2002-2009

Données de facturation, hors activités non opposables et des non assurés CNS, ce qui sous-estime les statistiques nationales et comparaisons internationales. Pas de distinction possible entre admissions urgentes et planifiées.

Séjours	<p>Augmentation de 18,5% (liée notamment à l'accroissement de la population résidente (11,1 %) et à celle des hospitalisations des non-résidents (2,1 %)).</p> <p>En 2009 : les femmes représentent 55,7% des séjours.</p> <p>Age moyen des patients en augmentation.</p> <p>Taux d'hospitalisation variable en fonction de l'habitat.</p> <p>Taux d'hospitalisation de jour (% des séjours hospitaliers aigus réalisés en entrée et sortie le même jour) est passé de 19,6 à 30,7%, taux fort variable entre les établissements (2009 : 24,5% au CHK et 45,4% à la ZITHA) ; taux moyen inférieur aux acquis de la science et faibles en comparaison internationale.</p>
Journées	<p>Augmentation de 3,1%</p>
Durée moyenne de séjour (DMS)	<p>Moyenne nationale : 7,4 jours, quasi stable sur la période d'observation (2009 : min : 6,7j CHK / max : 8,3j CSM).</p> <p>En 2009 DMS maximale : troubles mentaux : 28,3 jours (réhabilitation du CHNP comprise) et 16,7 jours hors CHNP</p> <p>En 2009 DMS minimale : maladies de l'œil : 1,8 jours ; mais hospitalisation de jour de la cataracte 22,2% au GDL (taux de référence internationale : 90%) avec une variation forte entre établissements (4,3 -> 42,6%)</p>
Occupation des lits	<p>LOM : augmentation de 3%</p> <p>TO : 2009 : 74.1 % (min : 62,5% CSM / max : 80,9% CHdN)</p>
Résultats Bénéfice v.s plus-values	<p>Les décès hospitaliers sont malheureusement les seuls résultats connus en ce qui concerne les bénéficiaires ; 2,3% des séjours en 2002 contre 1,8% en 2009, avec des variations significatives entre les établissements mais dont l'interprétation ne pourrait être validée que par un programme afférent d'assurance qualité que le pays devrait rejoindre. A l'heure actuelle, les bénéfices des prises en charge à l'hôpital et les plus-values pour l'état de santé respectivement pour le devenir du patient ne sont pas connus.</p>
Recours à l'hospitalisation	<p>Ceux-ci sont indirectement renseignés via les diagnostics de sortie enregistrés sous forme standardisée (ICD 10 à 3 positions). Si les motifs les plus fréquents restent les mêmes au fil des années, la validité de ces données est largement biaisée par leur méthodologie de recueil et de traitement, dont témoigne le nombre de séjours pour diagnostics inconnus variant entre 1.8% et 4.1% du total des séjours. L'observation pluriannuelle confère néanmoins une certaine robustesse à ces observations dont certaines interpellent et font l'objet d'un fascicule (n°2) spécifique avec des recommandations générales et par chapitre ICD 10.</p>

(suite)	
Gestion des risques Sécurité – Qualité	<p>Il n'existe pas de données publiées à ce jour. Les résultats de l'EFQM, programme CNS-FHL, mis en place pour accéder aux incitants-qualité sous forme d'un supplément potentiel de budget de 2%, ne sont pas publiés. Les rapports annuels sur le bon fonctionnement et la qualité des prestations offertes dans les établissements, telles que prévues par les stipulations de l'article 21 du règlement grand-ducal du 23 mars 2009 établissant le plan hospitalier national et déterminant les missions et la composition minimales des structures d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières et les modalités de coordination nationale de ces structures, n'étaient pas (encore) disponibles.</p>
Avis des usagers	<p>L'étude TNS-Ilres précitée permet de dégager les observations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 77% des patients ont été satisfaits ou très satisfaits du résultat de leur passage à l'hôpital - 50% des patients sollicitant une prise en charge au service d'urgence se disent insatisfaits; 60% d'entre eux ont dû attendre au moins 2 heures; pour 28% les prestations n'ont pas été jugées satisfaisantes; tel était le cas pour 12% des contacts en rapport avec un examen à la polyclinique, 7% en relation avec une prise de sang et 5% de ceux qui ont subi un examen d'imagerie médicale. - 60% ont une grande ou très grande confiance en l'hôpital, mais 85% des sondés attendent plus de transparence sur les résultats, la qualité et la satisfaction des usagers. 75% d'entre eux pensent que la satisfaction devrait être mesurée de façon standardisée et les résultats publiés par une organisation indépendante (47%) ou par les autorités de tutelle (46%). Ils pensent que la publication de telles informations aiderait les patients à mieux faire leurs choix (58%) et stimulerait les hôpitaux à progresser (57%) et sont 52% à penser que les autorités devraient veiller à maintenir la qualité à un niveau élevé et équivalent dans tous les hôpitaux.
Benchmark	<p>Les écarts nationaux nécessiteraient une analyse plus approfondie, il doit être tenu compte des sous-estimations pour certains paramètres dans les comparaisons internationales.</p>
<p>Commentaires</p> <p>Une meilleure visibilité des missions et une plus grande transparence notamment en matière de résultats, de qualité et de satisfaction restent un objectif majeur et un défi au regard de la directive UE dite des soins transfrontaliers, dont les impacts sur la planification restent difficiles à prévoir. De nouveaux indicateurs notamment de surveillance des délais d'accès, permettraient une planification plus proactive, compte tenu d'un accroissement soutenu des sollicitations et d'un attrait évolutif pour les frontaliers. Les usagers se plaignent également de ce manque de transparence et souhaitent que les gouvernances prennent leurs responsabilités pour une redevabilité accrue. Malgré des données de qualité insuffisante et parfois sous-estimées, les comparaisons internationales montrent le G-D.L. généralement proche de la moyenne de l'OCDE. Toutefois, il est constaté un développement général insuffisant et de fortes variations en matière de pratiques ambulatoires, avec comme corollaire une hausse de l'occupation des lits et une amplitude intra-annuelle fort variable du taux d'occupation avec des pointes à risques pour assurer le service d'urgence, mission d'intérêt public par excellence. Pour ce qui est des comparaisons entre hôpitaux aigus, le dernier hôpital local est en net retrait, notamment en termes de taux d'occupation, d'entrées-sorties même jour, de DMS.</p>	

Pour ces observations ont été consultées toutes les informations publiquement disponibles et les données répondant à des définitions et à un traitement standardisés au niveau national ou international et dont les sources sont chaque fois référencées.

2. Analyse SWOT du système hospitalier

FORCES (Strengths)	FAIBLESSES (Weaknesses)
<ul style="list-style-type: none"> - Universalité d'accès - Générosité de l'offre - Accessibilité géographique et financière - Équité de traitement (législation et financement) des établissements - Offre équilibrée par région hospitalière et graduée au niveau national - Infrastructures modernisées - Équipements complets, à la pointe du progrès - Dotations en ressources humaines équitables et assez généreuses - Revenus élevés et facilités relatives de recrutement (à l'étranger) des professionnels - Confiance du public - Exploitation performante des capacités et des équipements selon benchmark international - Réactivité, notamment pour les équipements - Implication de la CNS dans les incitatifs à la qualité 	<ul style="list-style-type: none"> - Cadre conceptuel: axiomes, valeurs et postulats peu explicites, objectifs peu formalisés et non déclinés en indicateurs de mesure et de suivi, - Gouvernance(s): cadres légaux parallèles engendrant des conflits d'objectifs et de stratégie, peu de concertation sur les objectifs stratégiques et opérationnels, insuffisance d'attribution explicite des responsabilités et des pouvoirs correspondants, - Pilotage: pertinence et insuffisance des instruments de pilotage, absence de maîtrise de l'offre, croissance des activités supérieure à celle de la population, créations spontanées d'activités liées au conventionnement automatique et aux modalités d'agrément aux hôpitaux, maîtrise de l'évolution des coûts non régulée, - Transparence: insuffisance de données fiables et validées sur le secteur et les différents établissements, absence de visibilité des résultats et des plus-values pour les patients, peu d'informations pour un libre choix éclairé du patient, des assurances sur la sécurité et la qualité insuffisamment démontrées - Visibilité et traçabilité des résultats: pas de processus de redevabilité à tous les niveaux et notamment public - « Patientcenteredness »
OPPORTUNITÉS (Opportunities)	MENACES (Threats)
<ul style="list-style-type: none"> - Volonté politique soutient : <ul style="list-style-type: none"> - transparence et performance - qualité - maintien des acquis (équité, universalité) - centrage sur le patient: projets de loi dont droits des patients - révision de la législation (service d'urgence, droits des patients) - Directive « Soins transfrontaliers » exhorte à la transparence de la qualité, de la sécurité, des coûts - Nouvelle politique de santé OMS 2020 - Pression économique force à l'amélioration de l'efficience - Participation plus active des acteurs notamment médicaux dans plusieurs projets nationaux 	<ul style="list-style-type: none"> - Ralentissement de la croissance économique pouvant porter atteinte à la capacité de financement des soins de santé et à la générosité - Modes de gouvernance et instruments de pilotage, stratégies et plans d'actions, parfois incohérents ou contradictoires versus influents informels puissants et bien organisés pouvant générer une paralysie dans les progrès, - Conventionnement automatique sans liens avec les besoins effectifs, la qualité, les résultats, - Dépendance importante du pays pour le recrutement des professionnels, - Absence de système standardisé d'information hospitalier et de documentation clinique et des soins.

3. Résumé des propositions, pistes d'amélioration et éléments de prospective

<p>Cadre conceptuel, Visibilité du « projet de société d'intérêt général et d'utilité publique »</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rappeler les prérequis (raisons d'être de l'hôpital, politique voulue, rôle dans le système de santé national, missions) de façon explicite dans un cadre (conceptuel) de référence servant de dénominateur commun à tous et dont ressortent les objectifs, bien définis, pour cibler ces axiomes. - Mettre en place et décliner des indicateurs, conformes aux acquis de la science et permettant des comparaisons internationales (ECHI, OMS, OCDE) pour évaluer ces objectifs. - Veiller à disposer en temps utile des données nécessaires, pertinentes, fiables et robustes pour alimenter les indicateurs de suivi via des tableaux de bord reflétant le cadre conceptuel. - Utiliser le cadre conceptuel et ses instruments pour la gouvernance et son pilotage, ainsi que pour la planification et rendre compte publiquement.
---	---

Proposition de cadre conceptuel et tableau de bord pour la planification et la gouvernance hospitalières

AXIOMES	OBJECTIFS	INDICATEURS (exemples, non exhaustifs) <small>(indicateurs internationaux à privilégier)</small>
UNIVERSALITÉ ÉQUITÉ (de chances)	Accès aux soins en termes : - financier - géographique (distances) - de délais et temps d'attente	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de population ayant accès à l'offre de soins et taux de population protégée - Accès à un prestataire de soins primaires 24h/24, 7j/7 - Besoins de santé insatisfaits - Taux de financement des soins de santé restant à charge des patients not.chroniques - Durée d'accès au service d'urgence le plus proche - Délais d'attente: avant consultation, examen, intervention chirurgicale... - Temps d'attente: aux urgences...
GÉNÉROSITÉ SOLIDARITÉ	Panel d'offres Assurance maladie	<ul style="list-style-type: none"> - Offre Promotion, prévention (vaccination, dépistage), soins curatifs, maintien de l'autonomie, soins palliatifs - Taux dépenses « out of pocket » versus publiques / dépenses totales de santé
BÉNÉFICES RÉSULTATS EFFICACITÉ	Santé de la population	<ul style="list-style-type: none"> - État de santé général perçu - Comportements sanitaires: consommation tabac, alcool, pratique activité physique, dépendances - Morbidité: incidence/prévalence des pathologies ou événements ou facteurs de risque (cancer, diabète, maladies cardiovasculaires... / AVC, IAM... / obésité, faible poids à la naissance...) - Mortalité (dont infantile, périnatale) / prématurée (années potentielles de vies perdues-APVP) - Espérance de vie: en bonne santé, sans incapacité
BÉNÉFICES RÉSULTATS EFFICACITÉ	Devenir des patients	<ul style="list-style-type: none"> - Résultats de prise en charge et destinations à la sortie - Qualité et taux de survie (ex. à 5 ans pour cancer: sein, colorectal) - Taux de mortalité à 30 jours après admission pour IAM ou AVC

<i>(suite)</i>		
AXIOMES	OBJECTIFS	INDICATEURS (<i>exemples, non exhaustifs</i>) (indicateurs internationaux à privilégier)
QUALITÉ DES SOINS	Innocuité – sécurité	- Registres et Cartographie des risques & vigilances, - Nombre et rapports de signalement d'événements indésirables - Taux d'infections nosocomiales, chutes, escarres, complications iatrogènes
	Continuité des soins	- Taux d'utilisation/pénétration du dossier patient partagé - Taux de réadmission pour hospitalisations évitables : asthme, schizophrénie/troubles bipolaires, insuffisance cardiaque - Disponibilité de lits de soins de longue durée
	Pertinence	- Taux de conformité aux recommandations cliniques - Taux de césarienne / accouchement provoqué
	Satisfaction des usagers	- Taux de satisfaction (ex. après la sortie de l'hôpital)
EFFICIENCE	Finançabilité / Viabilité	- Dépenses de santé/habitant, en proportion du PIB, pyramide des âges, situation économique - Taux de chirurgie ambulatoire, taux d'hospitalisation de jour - Durée moyenne de séjour, taux d'occupation des lits
	Optimisation organisationnelle / Rationalisation des ressources	- Nombre de médecins par disciplines / Densité de médecins - Nombre de passages aux urgences qui auraient dû être traités en maisons médicales - Taux d'hospitalisations inadéquates
JUSTICE	Respect des droits des patients	- Rapports sur l'application et le suivi des législations afférentes - Nombre de plaintes enregistrées
	Transparence	- Publication/diffusion des indicateurs au grand public
GOVERNANCE	Responsabilité / Redevabilité, Pilotabilité	- Rapports structurés, validés et d'accès public des missions des autorités et des prestataires - Évaluation des interventions des tutelles

<p>Système d'Information Hospitalier (SIH) et de santé</p>	<p>Définir explicitement le concept global et les objectifs du système d'information hospitalier et de santé voulu (Quoi, pourquoi, pour qui, comment, quand...), revoir le système en place et son ingénierie et créer un système d'information commun :</p> <p>Objectifs et destinataires :</p> <p>- Assurer un monitoring de l'activité hospitalière (hospitalisation et activités médico-techniques) afin d'accompagner les acteurs en charge du pilotage des hôpitaux, permettre d'alerter les autorités en temps réel de phénomènes d'évolutions significatives et mettre en place des actions correctives sur la base des résultats des indicateurs recueillis.</p> <p>Exemple : AVC : Mettre en place un monitoring national des AVC sous un format structuré, avec validation externe des données et benchmark international afin de permettre une gouvernance par les autorités publiques tant en termes de prévention que d'adaptation des trajets cliniques des AVC en fonction des structures et ressources hospitalières.</p>
---	---

**Système
d'Information
Hospitalier (SIH)
et de santé**

(suite)

- Au-delà des prestataires et des patients, **servir l'Observatoire de la Santé et la Gouvernance du système pour la planification, le pilotage, le benchmark international des résultats et performances**, ainsi que la recherche, en matière d'atteinte des objectifs notamment au tableau précité.
- Spectre des données: cf objectifs notamment: démographie, épidémiologie, résultats pour le patient, facturation etc...
- Provenance des données: agrégation, si possible automatique, à partir du dossier patient et des tableaux de bord de gestion (cf exemples service d'urgence, bloc opératoire, salle d'accouchement sous fascicule 3)
- Définitions, fournisseurs, méthodologie de collecte et de traitement: code-book national établi par la gouvernance
- **Réglementer de façon cohérente:**
 - le dossier patient sous ses diverses formes et applications ainsi que les interopérabilités,
 - la standardisation nationale des données cliniques,
 - les tableaux de bord de gestion à tenir notamment par l'hôpital et ses entités fonctionnelles,
 - les rapports d'activité à l'intention de la gouvernance et de l'information des usagers.
- **Sélectionner, selon les destinataires qui devront en rendre compte, des données** qui devront:
 - **être pertinentes par rapport aux objectifs fixés:**
 - Le système devrait permettre, si possible en temps réel, un suivi de l'évolution des données (diagnostics, procédures, coûts) par rapport aux objectifs fixés et à des comparaisons internationales.
 - **être exhaustives:**
 - prendre en compte les données concernant les résidents et non-résidents non assurés CNS, usagers des hôpitaux.
 - **apporter des compléments d'information sur l'activité hospitalière et la plus-value pour les patients:**
 - type d'admission (urgente ou programmée, admission ou réadmission),
 - mode d'accès (moyens privés, SAMU, ambulances)
 - motifs d'admission (accidents ou maladies, symptômes)
 - services sollicités (urgences, services médico-techniques, soins intensifs, spécialités médicales, de réadaptation)
 - modes d'hospitalisation (ambulatoire, stationnaire)
 - délais d'attente,
 - résultats de prise en charge (guérison, amélioration, décès),
 - destinations à la sortie et satisfaction du patient...
 - **être suffisamment fines et précises:**
 - affiner la classification des diagnostics au-delà des 3 caractères
 - disposer de tous les diagnostics codés (principal/associés).
 - **être valides et fiables**

<p>Système d'Information Hospitalier (SIH) et de santé</p> <p><i>(suite)</i></p>	<p>L'ingénierie et l'organisation du codage, du recueil, de la transmission, du traitement et de la validation des données doivent être conçues pour une alimentation automatique des banques de données à partir du dossier patient informatisé, sans manipulations intermédiaires. Ceci présuppose qu'il y ait un dossier patient réglementé, des définitions claires des variables à produire basées sur les définitions internationales ou européennes, des règles uniformes et standardisées de codification et de l'instrument statistique (code-book), ainsi qu'un système informatique afférent et des responsabilités notamment de codage, de gestion, d'accès et de répartition des tâches clairement fixées.</p> <p>- Introduire rapidement un système de surveillance informatisé</p> <p>des recours à l'hôpital et des résultats de prise en charge, de la qualité, de la performance, de l'efficacité via un suivi quasi en temps réel, offrant ainsi une opportunité de détection, d'alerte, d'investigation plus approfondie et, le cas échéant d'intervention précoce des autorités sanitaires ou financières en fonction des observations (ex : Institut de veille sanitaire en France).</p>
<p>Observatoire de la Santé et Hospitalier</p>	<p>Missions: conseiller la gouvernance et les décideurs politiques sur base d'éléments factuels et leur fournir des informations globales, appropriées et à rendre publiques sur des éléments tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la mesure et la surveillance de l'accessibilité et des équités (ex : besoins non satisfaits, temps d'attente aux urgences et délais d'attente pour un rendez-vous avec un médecin spécialiste, un examen, un traitement, une intervention chirurgicale électorale, ...), des besoins et de leurs priorités réelles, des résultats, performances et efficacités comparées, - le suivi de l'évolution de l'activité hospitalière, de la morbidité et de la mortalité au Luxembourg, en comparaison avec les voisins européens et considérer des résultats plus faibles comme alerteurs de santé publique, nécessitant des investigations complémentaires et la mise en place de procédures de signalement immédiat des pathologies à l'instar des réseaux sentinelles et de signalement des décès visés (ex : maladies infectieuses), - la mesure de l'efficacité des prises en charge et l'évaluation des résultats obtenus en termes de devenir des patients. - la publication d'un rapport annuel compréhensible sur les données de santé et les résultats : <ul style="list-style-type: none"> - des démarches nationales engagées par les établissements en matière de qualité (ex : EFQM, Incitants qualité), - des enquêtes de satisfaction patient (ex : PICKER), - des mesures et surveillances des délais d'attente, des résultats d'activité, de sécurité, qualité, efficacité et coûts (ex : laboratoires d'analyses médicales, équipements d'imagerie médicale, blocs opératoires)

<p>« Patient-centeredness »</p>	<ul style="list-style-type: none">- Tenir compte des influents du libre choix des usagers sur le comportement des usagers par rapport :<ul style="list-style-type: none">- aux soins d'urgence- aux prestations de proximité- aux soins spécialisés et aux filières de soins- Renforcer l'accès à des informations objectives pour ceux qui orientent les patients notamment en explicitant davantage les missions et les rôles des établissements et de leurs services et en améliorant la visibilité des résultats de leurs prestataires :<ul style="list-style-type: none">- Mettre à disposition des usagers, notamment dans le cadre des guichets prévus par la directive européenne sur les soins transfrontaliers, des informations validées en vue de l'éclairage de leurs choix notamment en matière de résultats, de satisfaction, de temps d'attente, de performances comparées et de suppléments tarifaires à leur charge.- Faciliter l'accès à des informations comparées sur les offres et résultats des établissements hospitaliers au pays et frontaliers.- Veiller de façon systématique à la publication des résultats comparés des enquêtes internationales pour situer le Grand-Duché.- Innover, dans la mesure des résultats et de la satisfaction des patients, avec des moyens simples mais efficaces en contactant par exemple systématiquement, sur base d'un questionnaire établi avec la collaboration des prestataires, les patients ayant eu des prestations en ambulatoire ou en stationnaire, après leur sortie de l'hôpital pour voir comment a évolué leur état de santé et de confort.- Répéter et élargir les enquêtes de satisfaction, en publier les résultats et engager sur cette base les établissements à des démarches d'amélioration continue.- Optimiser la mise en valeur du « PORTAIL Santé », comme site certifié pour l'information loyale des usagers du système de santé.- Développer l'information sur la qualité et l'évaluation des prises en charge au Luxembourg et diffuser les adresses des sites internet de bonnes pratiques (<i>HAS, conseil scientifique ...</i>) et des bases de données permettant des comparaisons internationales (<i>OMS HFA-DBA; Eurostat-Heidi, OCDE</i>).
<p>Cadre législatif</p>	<ul style="list-style-type: none">- Harmoniser les législations et réglementations qui impactent le secteur hospitalier et suivre leurs applications, revoir les mécanismes à l'origine de conflits de logique (ex. planification-nomenclature) et d'inefficiences dans le système et adapter les réglementations et dispositions pour en sortir.- Actualiser rapidement certaines législations (ex : service d'urgence des hôpitaux)- A l'instar du code de la sécurité sociale, faire évoluer le code de la santé en code loi, respectivement fusionner les codes précités pour prévenir des incohérences telles que celles qui limitent l'impact du plan hospitalier.

<p>Cadre du financement</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Introduire respectivement généraliser la notion de contrats d'objectifs et de moyens liés aux performances et aux résultats à l'intérieur des systèmes de financement en place (budgétisation hospitalière et incitants qualité, tarification des actes médicaux). - Lier, du moins partiellement, le financement (conventions, budgétisation + incitants qualité, nomenclatures) à une obligation de redevabilité en matière de transparence et d'amélioration continue via des rapports (bis)-annuels structurés témoignant du suivi des indicateurs de sécurité, de qualité, de satisfaction, d'évaluation des pratiques professionnelles et des résultats en matière de devenir des patients. - Utiliser à bon escient et multiplier les incitants financiers, notamment pour le développement de l'ambulatoire. - Maîtriser l'évolution du nombre de prescripteurs et du volume des prescriptions; informer les praticiens de leurs productions de coûts. - Inciter à la pratique, à résultat équivalent, de prises en charges moins onéreuses notamment ambulatoires et monitorer notamment l'évolution des recours à l'hospitalisation pour détecter et prévenir des hospitalisations inadéquates (voir Fascicule 2). - Insuffler une dynamique d'amélioration continue au mécanisme des incitants-qualité, et y associer tous les acteurs qui contribuent à ce processus.
<p>Gouvernance</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se donner un cadre conceptuel de référence (voir tableau précédent) décliné en cockpit de tableaux de bord. - Mettre en place une gouvernance par objectifs: <ul style="list-style-type: none"> - sur base d'un système d'information (voir ci-dessus) permettant d'éclairer les pilotes, - avec une attribution claire pour les différents intervenants, des missions, des responsabilités, des modalités de fonctionnement (y compris les mécanismes de concertation et de collaboration), - Améliorer la transparence à tous les niveaux via notamment des rapports des gouvernances structurés et publiquement accessibles; associer les rapports (bis)annuels des établissements hospitaliers à la budgétisation et au contexte des conventions d'objectifs et de performance. - Renforcer la redevabilité publique: <ul style="list-style-type: none"> - garantir que les notions de « service », « centre de compétences » et autres structures prévues par le plan hospitalier répondent aux exigences afférentes; encourager des certifications et labellisations internationales reconnues et sous contrôle des tutelles, - prévoir une charte de déontologie et/ou l'engagement visible à l'adhésion à des chartes internationalement reconnues pour les établissements hospitaliers et de long séjour. - Scruter le modèle de gouvernance en place quant à son efficience et ses possibilités de pilotage ainsi que ses potentialités de faire les progrès requis pour relever les défis incontournables à un développement pérenne du système et envisager des évolutions à terme.
<p>Planification hospitalière</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Définir les notions à la base des objectifs et les traduire en termes mesurables par des indicateurs alimentés par des données fiables (cf proposition tableau de bord ci-avant). - Enrichir la planification hospitalière des autres objectifs découlant de l'esprit de sa loi habilitante dont l'équité d'accès aux soins, de chances, de transparence en matière de bénéfices et de plus-values notamment en termes de satisfaction et de devenir des patients à la sortie et d'absence de douleurs. - Mener une réflexion sur l'organisation et le cadrage à l'intérieur d'un système libéral en termes de régionalisation, de continuité et de filiales de soins, d'alternatives à l'hospitalisation, de services nationaux et de centres de compétence.

Planification hospitalière

- Suivre l'**atteinte des objectifs** de la planification via des indicateurs cohérents, munis d'alertes automatiques de signalement de dérives, et concernant notamment :
 - **l'évolution des activités, diagnostics de sortie et décès,**
 - **l'efficacité d'utilisation de l'ambulatoire** : lits et places en hôpital de jour, plateaux techniques,
 - **les taux d'utilisation justifiés** en surveillance intensive, en plateau technique et en regard de la prévalence de certaines maladies chroniques (ex : diabète et insuffisance rénale),
 - **les progrès et adaptation continue aux acquis de la science** notamment par l'évolution des techniques opératoires et anesthésiques intégrant de nouvelles approches moins invasives diminuant la durée de séjour, des thérapies médicamenteuses (ex : chimiothérapies orales plutôt que par voie sanguine),
 - **l'organisation et la bonne pratique de la multidisciplinarité,**
 - **les attentes des usagers** notamment en termes de chambre individuelle,
 - **la continuité et les prises en charge en filières de soins** : processus de prises en charge coordonnés **en amont et en aval** avec l'extra-hospitalier (structures de long séjour, réseaux de soins à domicile) pour organiser et formaliser la continuité des soins dans leur globalité (somatiques, psychiatriques, sociaux).

Capacités : au regard de l'évolution démographique et de l'intensification de l'attrait constaté de la part des patients non-résidents :

- charger une instance de la responsabilité et des pouvoirs pour favoriser activement les **prises en charges ambulatoires**,
- veiller à maintenir les priorités d'accès justifiées pour les **urgences**,
- maintenir le standard acquis des **infrastructures**,
- trouver des solutions à la demande croissante des **chambres individuelles**, en déconnectant la problématique des premières classes,
- surveiller de près les besoins d'extension à prévoir, notamment pour la **dialyse**, les **capacités opératoires et d'hospitalisation**.

Structures / organisation :

- (Re)penser la structuration des établissements **en fonction des évolutions** (virage ambulatoire, multidisciplinarité) et des objectifs, mesurables par des indicateurs, pour l'amélioration de la prise en charge et du devenir post-hospitalier des patients,
- Concevoir un modèle d'organisation unique pour les activités ambulatoires,
- Rendre visible la valeur ajoutée de la fonction de **médecin coordinateur**,
- Adapter la structure de la nomenclature à la structuration des services hospitaliers.

Équipements :

- Mesurer systématiquement les **temps d'accès** aux équipements et les comparer à ceux des pays voisins,
- Maintenir le standing des équipements et mettre en place, avec les moyens disponibles, une politique et une gouvernance en matière de **Health Technology Assessment**,
- Favoriser les échanges et collaborations entre **commissions** statuant sur les investissements en équipements notamment équipements lourds,
- Exiger des **publications d'activités**, mesures de **résultats**, de **satisfaction** des usagers et de **performance** comparée de la part notamment des gestionnaires des équipements nationaux,
- Mettre en place des audits externes périodiques et encourager les « **labellisations contrôlées** ».

<p>Planification hospitalière</p> <p><i>(suite)</i></p>	<p>Ressources humaines:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir le bien-être au travail ainsi que la satisfaction et l'engagement par rapport aux résultats et démarches d'amélioration continue. - Politique de recrutement, de dotations, d'exercice, de formation: <ul style="list-style-type: none"> - Réfléchir sur des indicateurs de surveillance et de maîtrise du recrutement notamment dans le cadre du conventionnement avec l'assurance maladie, - Revoir les libertés et critères d'agrément aux établissements hospitaliers en fonction de critères objectifs par rapport à leurs missions et structures, - Évaluer par des projets pilotes le développement de nouvelles activités et/ou spécialités, - Encourager, soutenir et orienter les résidents étudiants en médecine, - Maintenir et visualiser davantage les méthodes objectives de dotation, - Encourager davantage les formations, à besoins fréquents, au pays.
--	--

L'hôpital, élément du système de santé:

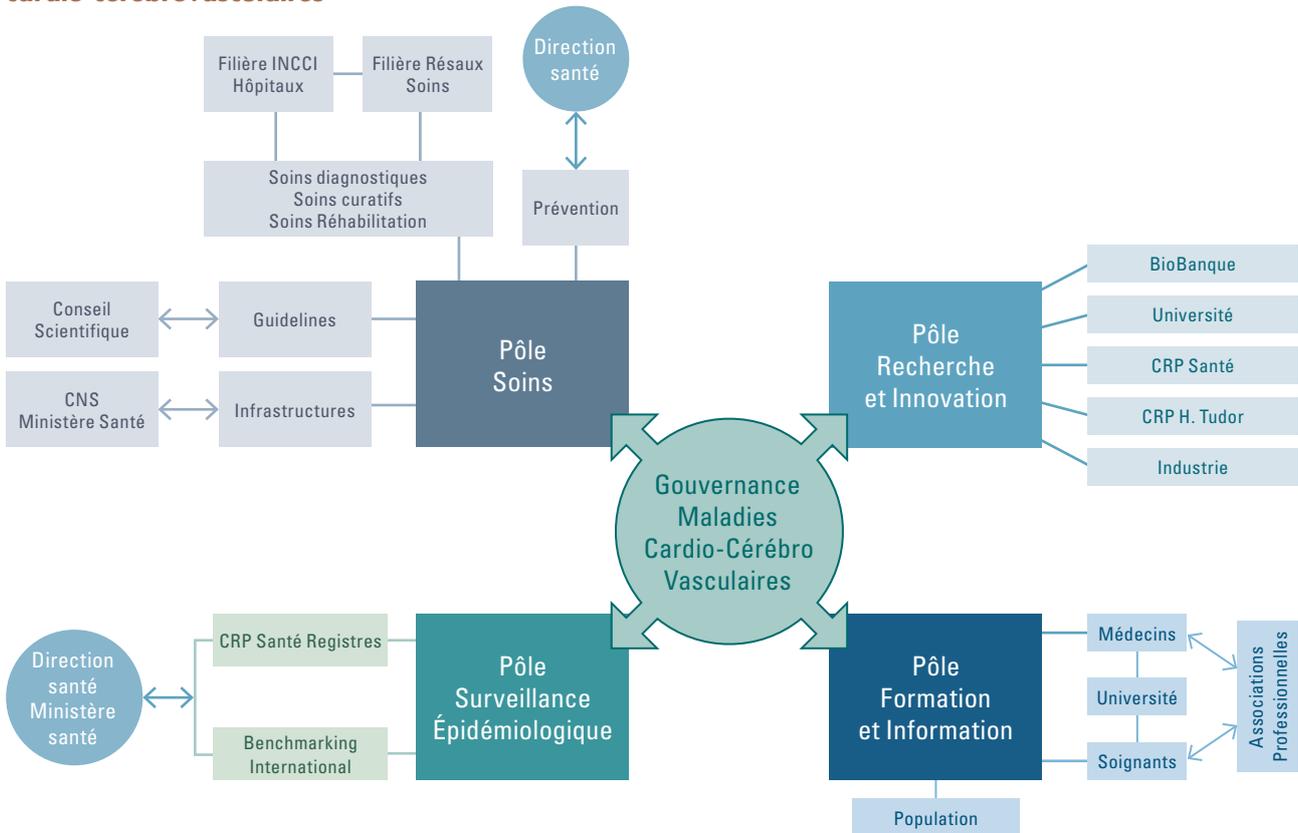
Propositions découlant de l'analyse des recours à l'hospitalisation, des sollicitations des activités médico-techniques et des prises en charge spécifiques

<p>Cancer</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Implémenter le Registre National du Cancer lancé en mai 2013. - Finaliser le Plan National Cancer, à l'instar du modèle français, organisé selon plusieurs axes: promotion des modes de vie sains, prévention et dépistage, observation (prévalence, incidence, mortalité versus survie), prise en charge (coordination des moyens et des ressources, organisation de parcours de soins y compris soins palliatifs, accompagnement des patients pour les aider à vivre pendant et après le cancer), permanence et cohérence des approches et mesures des résultats y compris de la satisfaction et de l'efficacité, coordination de la recherche et intégration des résultats, organisation de la gouvernance nationale (en fédérant les acteurs et leurs initiatives, en organisant le benchmark international et en publiant un rapport cancer régulier). - Étudier l'opportunité de mettre en place un Institut National du Cancer.
<p>Maladies cardio vasculaires et cérébro-vasculaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fédérer les partenaires autour d'un projet « Plan de lutte contre les maladies cardiovasculaires » et définir sa gouvernance. - Élaborer un « Plan national de lutte contre les AVC » (prévention, prise en charge, réadaptation, coordination des filières...) - Continuer/répéter les campagnes multimedia de sensibilisation grand public et de « <i>bons réflexes – Time is brain</i> ». - Étudier l'opportunité de mettre en place un Institut national de santé cardio-vasculaire.
<p>Santé mentale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Développer la prévention et la promotion de la santé mentale (bien en amont de services curatifs, notamment la promotion de la santé mentale sur le lieu du travail mais aussi orientée vers les personnes âgées, quel que soit leur lieu de vie, la lutte contre l'exclusion sociale et la stigmatisation) et la détection précoce des troubles de santé mentale afin de diminuer les soins curatifs hospitaliers. - Accélérer le virage ambulatoire en psychiatrie - Soutenir le « Plan National Alcool » qui est en cours d'élaboration. - Faire évoluer le « Plan Prévention du Suicide », actuellement en cours d'élaboration, en « Plan Prévention de la Dépression et du Suicide ». - Prévenir les hospitalisations en psychiatrie infantile et juvénile, en implémentant les propositions du Rapport « Santé mentale des Jeunes ». - Dépasser le modèle hospitalo-centré en santé mentale pour s'orienter vers un modèle communautaire maillant le territoire.

<i>(suite)</i>	
Santé périnatale	<ul style="list-style-type: none"> - Agir sur la mortalité foetale en organisant des revues de mortalité afin d'étudier et de suivre les causes de décès et mettre en place des actions de santé publique pour y remédier si possible. - Réaliser une analyse comparée des situations cliniques des bébés en néonatalogie intensive et en néonatalogie non intensive afin de statuer sur la gestion de la prématurité, les processus de prise en charge, les capacités d'accueil, et les résultats obtenus en termes de survie de l'enfant et handicap résiduel.
Obésité, diabète	<ul style="list-style-type: none"> - Obésité: maintenir des politiques globales se déclinant dans tous les ministères (éducation, sport, travail, transport...) afin de créer des environnements favorables à la lutte contre l'obésité, allier tous les acteurs potentiels dans un plan coordonné à 10 ans, développé par une plateforme nationale, mettre en place des programmes structurés de prévention et de traitement (médical et chirurgical) et suivre le devenir des patients opérés par la chirurgie bariatrique, mettre en place des programmes concertés avec les entreprises et la médecine du travail pour lutter contre l'obésité, ... S'intéresser en particulier à l'obésité infantile et faire le lien avec la médecine scolaire. - Diabète: développer un concept, sur base des résultats de l'évaluation européenne réalisée et de l'étude menée par le CRP-Santé, de dépistage systématique organisé, de prises en charge standardisées, d'un monitoring permanent pour juger de l'efficacité du programme à long terme. Développer un Plan National Diabète à l'instar du Plan cancer.
Insuffisance rénale	<ul style="list-style-type: none"> - Élaborer une stratégie nationale concertée de prévention et de prise en charge de l'insuffisance rénale: en développant la prévention de l'insuffisance rénale notamment celle liée au diabète en adaptant les capacités actuelles et en complétant l'offre de traitement (dialyses rénales standards ou dialyses LIMITED Care) par la dialyse à domicile et la dialyse péritonéale.
Maladies chroniques	<ul style="list-style-type: none"> - Développer le concept d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique des patients et mutualiser les ressources afin de régionaliser une offre standardisée. - Rechercher des solutions pour prendre en charge durablement dans des structures adaptées les patients atteints de troubles chroniques et incurables qui occupent des lits dans les services aigus et de réhabilitation (<i>Ex: transfert de lits dans le secteur long séjour et meilleure coordination entre les secteurs</i>)
Gériatrie	<ul style="list-style-type: none"> - Élaborer un Plan National Gériatrie, comprenant la prise en charge spécifique des personnes âgées et multimorbides à l'hôpital et la prévention de la dépendance. - Renforcer la mise en oeuvre de l'assessment gériatrique dès la pré-admission ainsi que la préparation de la sortie. - Élaborer un Rapport sur la santé des seniors.

(suite)	
Collaborations	<ul style="list-style-type: none"> - Continuité des soins: renforcer la formalisation des liens via des contractualisations avec les structures de prises en charge en amont et en aval de l'hôpital et notamment les services (régionaux) de soins à domicile et les établissements de long séjour. - Transversalité: L'hôpital étant un lieu de passage, il s'inscrit, notamment pour la prise en charge des maladies chroniques ou encore des soins palliatifs dans un continuum des prises en charge de différents prestataires, mais dont la politique, pour être efficiente, doit être coordonnée si possible par la tutelle. La plate-forme psychiatrie est un excellent exemple d'approche coordonnée d'une problématique de santé publique. Cet exemple pourrait être étendu avec bénéfice, sous des formes adaptées à d'autres pathologies comme les maladies infectieuses, cardiovasculaires, le cancer..., ou services hautement spécialisés qui pourraient avoir un rôle à jouer et apporter une plus-value dans l'intérêt de tous. - Recherche appliquée: Depuis quelques années, le Luxembourg s'est dotée d'une Université et de Centres de Recherche qui offrent des potentialités de solutions et d'innovation tant au niveau de la recherche appliquée pour la santé, de la logistique ou de la gouvernance hospitalière et du système de santé et qu'il y aurait plus-value à intégrer de manière volontariste et réfléchi (cf schéma ci-après). En effet, inéluctablement ces centres de ressources vont se développer et évoluer, à coût similaire, soit en dynamique propre, soit comme contributeurs précieux de savoir et en tant qu'insuffleurs de dynamiques et de plus-values.

Proposition de modèle de synergie des compétences au pays: Illustration pour les maladies cardio-cérébrovasculaires



4. Quid du plan hospitalier ?

• de ses limites

En tant qu'instrument de maîtrise des coûts, la planification hospitalière dans son contexte actuel n'a qu'une portée limitée étant donné que le cadrage des activités lui échappe et qu'elle ne peut pas agir sur la « planification » équilibrée des prescripteurs en fonction des besoins et des missions des hôpitaux, car le recrutement et l'agrément des prestataires aux établissements hospitaliers, relève, sans autres obligations, des seules gouvernances locales.

Le plan hospitalier ne peut avoir qu'une incidence limitée sur les activités car les médecins hospitaliers ne sont pas les seuls prescripteurs des activités hospitalières notamment externes. En effet, depuis plus de 10 ans, il est constaté une croissance relative, bien supérieure à celle de la population et sans évidence de nécessité proportionnelle, de prestations du volet diagnostique et notamment de laboratoire, et dont une très grande partie des prescriptions émanent des praticiens en dehors du secteur hospitalier. Tant que la structure de la nomenclature des actes et les stipulations de planification ne seront pas coordonnées, le plan hospitalier ne pourra être un levier efficace pour la maîtrise des activités et donc des coûts. Il en va largement de même, d'une incitation plus forte au virage ambulatoire, pour lequel c'est davantage la nomenclature et le financement hospitalier qui interviennent que des stipulations réglementaires de planification.

La seule classification des établissements n'est pas de nature à répondre à ses aspirations si elle n'est pas assortie d'attributions claires de missions dans une chaîne de soins intégrant également l'extrahospitalier en amont et en aval.

L'amélioration de l'efficacité via des synergies et des mutualisations notamment de l'informatique, des achats, des laboratoires ne relèvent pas non plus de l'empire du plan hospitalier, mais pourrait faire l'objet de contrats d'objectifs et de résultats entre les partenaires de négociations budgétaires.

• des suggestions pour potentialiser sa portée:

- **Définir**, pour les rendre mesurables, les **notions** à la base des **objectifs** (besoins sanitaires, efficacité, qualité) prévus au libellé de sa base légale (articles 2 et 23 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers).
- **Élargir ses objectifs** sur base des autres dispositions de la loi modifiée sur les établissements hospitaliers et du projet de loi sur les droits des patients (universalité, équité d'accès et de chances, choix et satisfaction des usagers).
- Le **classement des établissements et des services** ne fait sens que s'il est assorti d'une **explicitation des missions** et, pour autant que de besoin, des filières de soins internes et externes, ainsi que des conditions sous lesquelles sont déléguées ces missions et de la redevabilité inhérente. Il y a lieu de veiller notamment à une transparence particulière des résultats, de la qualité et de la satisfaction pour éclairer le libre choix des patients et de leurs conseillers, notamment pour ce qui est de situations de monopole.

- Reconsidérer le **spectre de la planification** (SAMU-urgences, lits-porte, places, dont dialyse, lits de soins intensifs y compris néonatalogie, places ambulatoires/de jour) et l'extension aux missions transversales (gériatrie, douleur, gestion des risques...); tenir compte de l'ensemble des rôles de l'hôpital: urgences, proximité, spécialisation; soins aigus, chroniques, rééducatifs, palliatifs et du contexte de leurs législations respectives interférentes.
- Harmoniser les ambitions de la **structuration des services** avec le rôle du **médecin coordinateur** et la structure de la **tarification des actes** (nomenclature).
- **Protéger les notions** prévues par la réglementation dont celles de « **service** » et « **service national** », « **centre de compétences** », et encadrer les « appellations maison » respectivement les labellisations externes pour qu'elles ne servent pas de publicité déguisée ou trompeuse.
- Trouver une parade, p.ex. sous formes de **projets pilotes**, aux **activités qui existent sous forme de quasi services** et continueront d'exister, respectivement risquent de se multiplier en fonction de la reconnaissance d'autres spécialisations médicales.
- Favoriser la **multidisciplinarité** et la **continuité des prises en charges**, **prioriser les urgences**, veiller à l'**équité de chances** des plus vulnérables (nouveaux-nés, enfants, personnes âgées, dépendantes et mourantes).
- Objectiver la **surveillance des délais d'accès** et établir les liens avec une planification des capacités sur l'axe du temps et selon des priorités et règles communes.
- Inciter à la **montée en charge de l'ambulatoire** notamment pour la chirurgie et l'addictologie (réduction des risques), introduire la notion de projets pilotes pour encadrer des évolutions spontanées.
- Tenir compte, même s'il s'agit d'une planification nationale, des **évolutions** dans la **Grande Région** et notamment des intérêts de collaborations et de synergies voulues.
- Se donner les moyens pour **mesurer l'impact** des différentes stipulations.

CARTE SANITAIRE 2012: RÉSUMÉ SUCCINCT

Les observations de la carte sanitaire montrent, malgré des données qui restent à améliorer, que les **résultats de performance d'exploitation** des établissements hospitaliers sont **très satisfaisants en comparaison internationale**. Les résultats d'enquête auprès d'une cohorte représentative des usagers hospitaliers révèlent que 75 % des usagers ont confiance dans les hôpitaux, mais regrettent un manque de transparence. En effet, la visibilité des résultats et des plus-values pour les patients est perfectible et serait favorisée par un bon système d'information hospitalier illustrant via les indicateurs requis la mesure de l'atteinte des objectifs. La volonté politique afférente est ancrée dans la déclaration gouvernementale: « **L'objectif est d'inciter à la transparence des activités, des résultats, de la performance, des efforts en matière de qualité et de satisfaction des usagers.** ». Des investissements conséquents et des efforts importants ont indubitablement été faits entre 2002 et 2013 dans le secteur hospitalier (fusions, modernisations des infrastructures, préparation de nouvelles législations, etc...). Mais dans un contexte économique plus difficile, il reste des points d'amélioration potentiels et de fond. La directive européenne sur les soins transfrontaliers, le projet santé 2020 et les attentes accrues des patients constituent d'autres défis auxquels sont de plus en plus confrontés l'hôpital et sa gouvernance. Pour les relever, la carte sanitaire au gré de ses observations pluriannuelles des évolutions au sein du secteur hospitalier et de l'évolution du paradigme du système de santé et des attentes des usagers propose plusieurs pistes, à aborder simultanément, sans préjudice du projet de règlement grand-ducal sur le plan hospitalier national, à savoir :

- Expliciter et formaliser le **cadre conceptuel** et décliner ses objectifs et leurs indicateurs de suivi et de comparaison pour visualiser et comparer les performances en termes notamment d'équités, de bénéfices, d'efficacité, de justice et de bonne gouvernance. Responsabiliser dans le cadre d'un projet commun, d'une stratégie et de plans d'actions bien coordonnés par la gouvernance, tous les acteurs en faveur des meilleures performances pour ces objectifs qui découlent des valeurs de références supranationales et internationales (éthique, droits de l'homme, chartes et directives UE, OMS...) et nationales (législation, déclaration gouvernementale)..
- Revoir et perfectionner comme prévu le **système d'information hospitalier et de santé** pour mieux observer et mieux anticiper et mettre en place un **Observatoire de Santé et hospitalier**.
- **Vérifier l'efficacité, la pertinence et le potentiel de synergies des instruments de pilotage** en place pour mettre en mesure une **gouvernance** plus coordonnée, parer aux menaces et aux faiblesses, notamment en matière de maîtrise des dépenses et de l'offre, d'évolutions spontanées, et d'équilibre budgétaire.
- Veiller à ce que **responsabilités, pouvoirs** et rémunérations soient **attribués en cohérence et assortis** du devoir de compte-rendu par rapport aux missions et aux performances attendues, via des rapports d'activité standardisés servant à solliciter les prorogations d'autorisations d'exploitation et pour négocier, dans le cadre des divers modes de financement applicables. Ceux-ci devraient d'ailleurs répondre à un contrat cadre d'objectifs et de performance.

- **Centrer** davantage le système sur les résultats en réponse au meilleur **devenir et aux attentes du patient**, en prenant en compte sa satisfaction et en veillant à ses droits notamment via une responsabilisation accrue des hôpitaux en matière de **transparence** de la **qualité**, de la **gestion des risques et des comparaisons internationales** de performances tant dans les domaines cliniques que de gestion d'exploitation.
- **Améliorer la visibilité des efforts** via des publications compréhensibles, qui responsabilisent la gouvernance et qui devraient servir pour éclairer le choix du patient.
- **Inciter plus fortement à des modes de prise en charge plus légers** et notamment ambulatoires et aux évolutions des acquis de la science via une meilleure intégration de la multidisciplinarité au sein de filières de soins plus formalisées.
- Une **planification plus proactive** adapterait l'évolution de l'offre aux besoins sur base de paramètres vérifiables tels que l'augmentation de la population et les temps d'attente et devrait se donner les moyens pour pouvoir encadrer les nouvelles activités, souvent spontanées, via des projets pilotes évalués et à durée déterminée.
- Profiter des potentialités nées de la création des nouvelles ressources à travers la mise en place de l'**Université** et des **Centres de Recherche Publics**, étant donné que le maintien des acquis de notre excellent système, passera inéluctablement par sa capacité d'adaptation et d'amélioration.

