

Monsieur Xavier BETTEL  
Premier Ministre  
MINISTÈRE D'ÉTAT  
L- 2910 LUXEMBOURG



Bertrange, le 26 octobre 2018

Nos réf.: PJ-MH/pr/2018-138

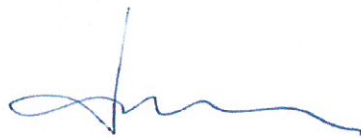
**Objet : Programme gouvernemental ; Note de la FHL au Formateur**

Monsieur le Premier Ministre,

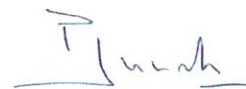
En annexe à la présente, nous avons l'honneur de vous adresser en votre qualité de formateur une note de la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL) résumant les problèmes que nous souhaitons voir améliorés avec l'appui du prochain Gouvernement.

Nous vous invitons à en prendre connaissance et à les considérer dans le cadre du futur programme gouvernemental.

Veuillez agréer, Monsieur le Premier Ministre, l'expression de notre très haute considération.



**Marc HASTERT**  
Secrétaire Général



**Paul JUNCK**  
Président

Annexe: Note au Formateur

Copie aux Présidents des délégations DP, LSAP et Déi Gréng:  
Madame Corinne Cahen, Monsieur Etienne Schneider, Monsieur Félix Braz

Copie aux responsables du GT Social, Famille, Santé, Égalité des Chances:  
Madame Corinne Cahen, Monsieur Mars Di Bartolomeo, Madame Josée Lorsché

Copie à:  
Madame Lydia Mutsch, Ministre de la Santé et Monsieur Romain Schneider, Ministre de la Sécurité Sociale

## LA FHL PLAIDE POUR:

- UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITE ELEVÉE DES PATIENTS
- LA TRANSPARENCE DES COÛTS

### I. Une Gouvernance et une médecine hospitalière efficaces

Les faiblesses du système actuel sont bien connues de tous: Fonctionnement complexe à 3 composantes "hôpitaux" "médecins" "patients". Les hôpitaux sont les seuls acteurs qui vivent sous le régime d'une enveloppe budgétaire globale, ceci face à des patients qui bénéficient d'une liberté de choix complète et d'un remboursement de frais quasi-intégral et face à des médecins prescripteurs, indépendants et jouissant du principe de la liberté thérapeutique.

Un tel fonctionnement complexe à 3 composantes où les hôpitaux sont les seuls à vivre dans un carcan financier strict et placé sous le contrôle de leur autorité de tutelle n'est pas durable. En effet, le système actuel donne à l'hôpital de plus en plus une responsabilité de résultat (Loi hospitalière du 8 mars 2018, urgences, service de garde/permanence médicale) sans accorder aux directions hospitalières les outils de pilotabilité afférents.

La FHL désire mettre en place un mode de collaboration efficient entre les différents acteurs réunis au sein de l'entité "hôpital", en particulier les acteurs médecins.

#### Mieux intégrer la médecine hospitalière

À l'heure actuelle, l'hôpital met à disposition du médecin son "outil de travail" (équipement et personnel) et ceci à titre gratuit. Cependant, l'hôpital est responsable de l'organisation du personnel, de la sécurité, de l'hygiène, de la continuité des services et de l'enveloppe budgétaire qui en découle directement, ce qui n'est pas le cas pour les médecins. Le médecin, acteur clé dans l'hôpital, doit donc y être bien intégré pour que son action soit optimale. 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. Il est illusoire d'exiger des directions le respect d'un cadre sécuritaire, qualitatif ou budgétaire sans impliquer le corps médical de manière structurée. Le médecin hospitalier garde la liberté thérapeutique au lit du malade, mais son activité, exercée sous statut libéral ou non, est cadrée et doit s'inscrire dans la cohérence et les objectifs définis par le gestionnaire.

En effet, il y a lieu de ne pas interpréter la liberté thérapeutique comme une indépendance organisationnelle tout court, ce qui est inacceptable dans un hôpital soucieux de la qualité et de la sécurité pour le patient. L'achat et le choix du matériel médical doivent être basés sur des critères scientifiques définis par le corps médical (evidence based medicine) tout en respectant les règles procédurales que l'hôpital a définies dans l'intérêt du patient.

D'autre part, la loi du 8 mars 2018 impose aux hôpitaux une obligation de résultat de sécurité institutionnelle et prévoit également la mise en place d'une organisation de la présence médicale dans l'institution sous la responsabilité du gestionnaire, ce qui devra conduire à repenser l'organisation de la médecine hospitalière.

#### **Par conséquent, la FHL revendique:**

- **Un appui politique pour une renégociation du contrat-type FHL/AMMD, ceci dans le respect des dispositions légales (art. 33 de la loi du 8 mars 2018) en vue d'aboutir à un Contrat d'objectifs et de Moyens entre l'établissement hospitalier et les différentes spécialités médicales hospitalières.**
- **La mise en œuvre concrète et rapide de la transparence de la facturation médicale établie dans le cadre des prestations médicales hospitalières (art. 38 de la loi du 8 mars 2018).**

### Une médecine hospitalière attrayante

Globalement l'objectif est d'aboutir à une meilleure valorisation de la médecine hospitalière avec mise en place d'incitatifs ceci par rapport à la médecine de ville, sachant que les médecins hospitaliers sont confrontés aux contraintes liées aux gardes, astreintes et services intrahospitaliers d'intérêt de santé publique et autres missions administratives et organisationnelles.

La philosophie générale de la nomenclature médicale est actuellement défavorable à un fonctionnement hospitalier desservant une mission de santé publique. Un système de rémunération qui favorise des actes fréquents et des actes techniques avec des mélanges de location d'appareils au détriment d'un système qui récompense une participation à un système de garde et de collaboration efficiente dans l'organisation hospitalière n'est ni favorable à un environnement hospitalier solidaire ni à un concept de réseaux de compétences.

#### *En conséquence, la FHL:*

- *Revendique une refonte complète de la nomenclature médicale suivie d'une mise à jour régulière.*
- *Insiste pour que la présence médicale sur place imposée par la loi soit financée par l'Etat par le biais d'une enveloppe budgétaire supplémentaire allouée aux établissements hospitaliers à charge pour ceux-ci de la gérer et non pas par le Conseil Médical qui n'a pas cette compétence légale.*
- *Plaide pour un modèle de rémunération mixte, c'est-à-dire un paiement à l'acte pour l'activité dite libérale et un salaire/forfait pour l'activité de garde sur place, respectivement les astreintes.*

### Revoir les limites du principe de l'Enveloppe Budgétaire Globale

Le principe de l'EBG, suivant une philosophie d'un budget de dépenses, n'est pas acceptable isolément dans un système totalement libre par ailleurs. Les directions hospitalières sont soumises à l'enveloppe budgétaire globale sans avoir les moyens pour réguler l'activité médicale disposant de la liberté thérapeutique, de la liberté de prescription et bénéficiant d'une prise en charge quasi illimitée de leurs actes.

#### *En conséquence, la FHL revendique:*

- *Un système de financement affiné et flexible en fonction de l'activité réalisée et documentée de façon transparente (coût/patient/pathologie).*

### Interférence avec le secteur hospitalier

Il est difficilement acceptable que les conventions établies d'un commun accord entre la CNS et des acteurs du secteur extrahospitalier, à savoir par exemple les laboratoires et les médecins, aient un impact sur l'organisation hospitalière, alors que les hôpitaux sont exclus de ces négociations. (p.ex. convention AMMD/CNS, convention FLLAM/CNS, etc.).

#### *En conséquence, la FHL revendique:*

- *Une revue afférente des dispositions y relatives dans le code de la sécurité sociale.*

D'autre part la FHL accorde la plus grande importance à la continuité des soins, au maintien d'une qualité élevée de la prise en charge des patients et au contrôle qualitatif de la prestation médicale.

#### *En conséquence, la FHL revendique:*

- *Le maintien de l'équipement médicoteknique lourd à l'hôpital (High-Tech ; High-Cost ; High-Risk à l'hôpital).*

## II. Une révision d'urgence des attributions des professionnels de santé pour les mettre à niveau par rapport à la réalité des terrains

La FHL met en garde face à certaines incohérences constatées entre les attributions de certaines professions de santé et plus particulièrement de celles de l'infirmier(ière) par rapport à la réalité du terrain. Au regard des évolutions des techniques médicales/soignantes en milieu hospitalier avec prise en charge pluridisciplinaire, les attributions se doivent de garantir une sécurité médico-légale pour l'ensemble des prestations de soins.

Il est urgent de renforcer le rôle propre des soignants et de permettre des prises de décisions concertées avec le corps médical nécessaires à une continuité des soins cadrée dans un parcours clinique soumis à procédure.

La formation des professionnels de santé répondant aux exigences scientifiques et bonnes pratiques actuelles nécessite un enseignement clinique de qualité.

*Par conséquent, la FHL revendique*

- *Une révision de la loi du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé ainsi que des RGD sur les attributions.*
- *Les ressources permettant une collaboration intense et concertée entre la FHL et le Ministère de l'Education Nationale, respectivement le LTPS dans le cadre de l'enseignement clinique.*

## III. Un développement de l'hébergement temporaire: Trouver rapidement des solutions pour pallier aux incidences non considérées liées à la nouvelle planification hospitalière

Vu la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, redéfinissant les missions de certains établissements et suite aux nouvelles dispositions introduites au niveau de l'Assurance dépendance concernant le constat et l'évaluation de la gravité de la dépendance, il convient, dans un but de réduction de la durée moyenne de séjour dans les lits hospitaliers, de développer une prise en charge adaptée et sécurisée, de courte durée et pour un temps limité, pour des personnes âgées dépendantes et isolées, ne nécessitant plus de soins aigus et pour lesquelles il n'y a pas de prescription de rééducation ou de réhabilitation, mais qui ne peuvent plus rentrer à domicile, étant seules, et en attente de placement dans une structure d'hébergement à séjour continu.

*En conséquence, la FHL revendique:*

- *Un développement de l'hébergement temporaire, en:*
  - *formulant une définition claire et précise de cette forme d'hébergement (accès, durée, financement ...),*
  - *introduisant des incitatifs aux prestataires pour développer un nombre suffisant de lits d'hébergement temporaire,*
  - *prévoyant un financement adapté et suffisant pour une prise en charge adéquate.*