



InSight

SantéSécu

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

Liebe Leserinnen und Leser,

WAS BIETET INSIGHT SANTÉ SÉCU? Zahlen, Fakten, News aus dem Sozial- und Gesundheitsministerium. **WARUM?** Mehr Einblick, mehr Transparenz und bessere Koordinierung. Für Wen? Für alle Akteure des luxemburgischen Gesundheitswesens. **LESERMEINUNGEN ERWÜNSCHT?** Unbedingt, bitte per Kontakt-E-Mail: insight.santesecu@mss.etat.lu

WEITERE WEB-INFORMATIONEN: www.ms.etat.lu · www.mss.public.lu

SOINS DE SANTÉ TRANSFRONTALIERS : ce qui va changer. **DROITS DES PATIENTS :** Une commentaire de la CNS. **IGSS:** Wechsel am Steuerrad. **LA STRATÉGIE NUMÉRIQUE :** Intégration au Luxembourg. **DIE PAPIERLOSE KRANKENAKTE:** Realität in Luxemburgs Herzzenrum. **ABSENTÉISME AUX TRAVAIL :** l'avant et l'après Statut unique. **WEBTIPP:** Informationen zur Gesundheitsreform.

Soins de santé transfrontaliers : ce qui va changer

Qui paye lorsque les patients décident de se faire soigner à l'étranger ? Une nouvelle directive européenne met les choses au clair.

30 mois pour transposer la directive au niveau national.

En janvier, les députés européens ont adopté la proposition de directive précisant les droits des patients en cas de traitement médical à l'étranger. Dès la publication de la directive au Journal officiel prévue pour fin mars, les droits des patients qui décident de se faire soigner à l'étranger ne seront plus tributaires de l'appréciation au cas par cas par la Cour de Justice. Les patients pourront dorénavant prendre leur décision en connaissance de cause et bénéficieront d'une plus grande sécurité juridique, notamment en ce qui concerne le remboursement. Avec la publication de la directive commencera aussi à courir le délai de transposition de 30 mois pour les autorités nationales. Quel sera l'impact de cette nouvelle législation européenne sur le Luxembourg et quelles seront les nouvelles obligations à charge de ses autorités nationales ?



Situation actuelle au Luxembourg. En raison de sa petite superficie et de sa population peu nombreuse, le Luxembourg ne peut se prévaloir de la masse critique de patients nécessaire à la mise en place d'une médecine spécialisée de pointe dans tous les domaines. Si dans l'Union européenne, la mobilité des patients ne représente en moyenne que 1%, au Luxembourg, pas moins de 4% des prestations de santé ont été effectués en 2009 dans d'autres Etats membres.

Impact de la directive sur le Luxembourg. La directive respectera pleinement les différences qui existent entre les systèmes de santé des 27 Etats membres ainsi que les compétences exclusives nationales en matière d'organisation, de fourniture et de financement de ces systèmes. Elle leur imposera par ailleurs un certain nombre d'obligations nouvelles. Ces obligations varient selon qu'il s'agit de l'Etat membre d'affiliation, auprès duquel le patient est assuré, ou qu'il s'agit de l'Etat membre où le patient se fait soigner. Certaines dispositions s'appliqueront indépendamment de la qualité de l'Etat.

Le Luxembourg est l'Etat membre d'affiliation. Ce cas de figure risque d'être assez fréquent vu les particularités de l'infrastructure médicale et hospitalière du Luxembourg. En ce qui concerne le remboursement, l'Etat membre d'affiliation sera obligé de rembourser les frais encourus par ses patients à hauteur des coûts qui auraient été pris en charge si les soins avaient été dispensés sur son territoire, sans que le remboursement ne puisse excéder les coûts réels des soins reçus et à condition que les soins font partie de ceux auxquels le patient a droit dans l'Etat membre d'affiliation. Il doit disposer d'un mécanisme transparent de calcul des coûts des soins de santé transfrontaliers reposant sur des critères objectifs, non discriminatoires et préalablement connus. Le remboursement pourra être limité pour des impératifs de planification, pour garantir un accès suffisant à des soins de qualité ou pour éviter des gaspillages de ressources financières, humaines et techniques. Finalement, l'Etat membre d'affiliation aura la possibilité d'imposer au patient qui se fait soigner à l'étranger les mêmes conditions que celles qu'il lui aurait imposées s'il s'était fait soigner sur son territoire (exemple : consultation préalable d'un généraliste).

Autorisation préalable. Les catégories de soins de santé que l'Etat membre d'affiliation pourra soumettre à autorisation préalable, à savoir les soins nécessitant une nuitée hospitalière ou le recours à des infrastructures spécialisées, devront être communiquées préalablement à la Commission européenne. Confrontées à une demande d'autorisation préalable, les autorités nationales auront l'obligation de vérifier si les conditions du règlement 883/2004 (règlement 883/2004 relatif à la coordination des régimes de sécurité sociale) sont remplies ; si tel est le cas, le régime du règlement



Foto: www.BilderBox.com

EU-Bürger können sich künftig auf Kosten ihrer nationalen Krankenkasse quer durch die EU medizinisch behandeln lassen. Die Bedingungen dafür regelt eine neue EU-Richtlinie.



doit obligatoirement s'appliquer. Enfin, l'Etat membre d'affiliation devra traiter les demandes de soins de santé transfrontaliers dans des délais raisonnables.

L'information des patients revêt une place importante dans la directive, afin de parer à l'asymétrie d'information qui prévaut trop souvent dans le domaine des soins de santé. Ainsi, un ou plusieurs points de contact nationaux (PCN) fourniscent, sur demande, aux patients des informations concernant leurs droits dans l'Etat membre de traitement, les conditions de remboursement, les voies de recours et de réparation. Cela peut se faire par la mise en contact avec les PCN dans l'Etat membre de traitement. Les PCN doivent systématiquement souligner la différence avec le règlement 883/2004, qui peut être plus avantageux dans certains cas. Ils peuvent aussi être intégrés dans des centres d'informations existants. L'Etat membre d'affiliation est tenu de garantir l'accès de ses patients à leur dossier médical.

Le Luxembourg est l'Etat membre de traitement. L'Etat membre de traitement aura l'obligation de dispenser aux patients étrangers des soins respectant les normes de qualité et de sécurité applicables sur son territoire. Il devra en outre fournir, à la demande des patients, des informations sur les normes de qualité et de sécurité applicables, mais aussi concernant le prix des prestations, le statut et le droit d'exercer des prestataires établis sur son territoire et les options thérapeutiques. Il sera par ailleurs tenu de garantir la mise en place de procédures de plainte et de réparation, l'accès à leur dossier au profit des patients étrangers suite au traitement ainsi que la non-discrimination des patients étrangers sur base de leur nationalité. L'Etat membre de traitement pourra néanmoins limiter l'accès des patients étrangers à son système de santé pour des raisons liés aux impératifs de planification.

Dispositions générales. Certaines dispositions de la directive s'appliquent aux Etats membres, indépendamment de leur statut. Ainsi, ils seront encouragés à conclure des accords bilatéraux avec les pays limitrophes, surtout s'il s'agit de régions frontalières. La directive prévoit également la création de réseaux européens de référence et de centres d'expertise. La coopération interétatique est prévue au niveau du diagnostic et du traitement de maladies rares, de l'échange d'informations dans le domaine de la santé en ligne ainsi que dans le domaine de l'évaluation des technologies de la santé.

*Anne Calteux, Attachée Santé et Sécurité sociale,
Représentation Permanente du Luxembourg auprès de l'Union européenne*

■ Liens:

Droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers:

www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2011-0007+0+DOC+XML+V0//FR&language=FR



Droits des patients – en matière de soins de santé transfrontaliers

Un commentaire de la Caisse nationale de Santé.



Foto: Kzenon - fotolia.com

Was bedeutet die neue EU-Richtlinie für die CNS? Geänderte Rückerstattungs-Prozeduren sind nötig und die Patienteninformation wird ausgebaut.

Dès la présentation d'une proposition de directive relative aux droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, la Caisse nationale de santé (CNS) a suivi le processus de décision à travers la représentation permanente du Luxembourg auprès de l'Union Européenne. Ainsi, la CNS n'est pas surprise par le texte adopté en seconde lecture par le Parlement européen, le 19 janvier 2011. Elle est par exemple satisfaite que les Etats membres gardent la possibilité de mettre en place un régime d'autorisation préalable pour certaines catégories de soins, notamment les soins hospitaliers.

Dans de nombreuses dispositions, la directive transpose la jurisprudence de la Cour de Justice de l'Union Européenne et ne bouleverse pas la pratique du Luxembourg qui applique cette jurisprudence depuis les premiers arrêts en 1998. Néanmoins, la transposition formelle de la directive dans les textes nationaux soulève certaines questions, comme par exemple la question de la priorité entre le règlement (CE) 883/2004 et la directive, qui devra sans doute être clarifiée par la suite.

La CNS devra réfléchir à la mise en place de nouvelles procédures relatives au remboursement des coûts de soins transfrontaliers dans le cadre de cette directive et formaliser celles-ci notamment dans ses statuts.

La directive porte finalement une importante obligation d'information pour les Etats membres. Ainsi, ils doivent mettre en place des points de contact nationaux, outillés pour fournir diverses informations aux patients. Ces informations ne concernent pas uniquement le remboursement de soins de santé, mais également les normes de qualité et de sécurité en vigueur, les prestataires soumis à de telles normes, les procédures judiciaires et administratives, les règles relatives à la protection des données et à l'accès au dossier médical, etc.. Ces informations n'étant pour le moment pas disponibles en un seul endroit, la transposition de la directive requiert en ce point particulier la contribution de tous les acteurs concernés (p.ex. le Ministère de la santé, le Ministère de la sécurité sociale, la CNS, etc.).

Etant consciente des responsabilités qui lui seront dévolues par la directive, la CNS procède à l'analyse des conséquences pratiques au niveau de ses procédures et les instruments juridiques concernés.

Jean-Marie Feider, CNS



IGSS: Wechsel am Steuerrad

Die Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS) hat einen neuen Chef. Seit November 2010 leitet der Mathematiker Raymond Wagener die Aufsichtsbehörde. Welche Schwerpunkte wird er setzen? Ein Interview mit dem neuen Direktor.



Foto: privat

„Um Sozialreformen gut gestalten zu können, benötigen wir Verfahren, um ganze Lebensverläufe zu analysieren“, so Raymond Wagener (61), promovierter Mathematiker und neuer Chef der IGSS.

■ Wie würden Sie die Grundaufgaben der IGSS schildern?

Die Aufgaben der IGSS sind sehr vielseitig. Seit ihrer Gründung 1974 spielt sie eine wichtige Rolle im Reformprozess der Sozialpolitik. Sie verfasst reformvorbereitende Berichte, arbeitet gemeinsam mit Fachexperten Gesetzestexte und Ausführungsbestimmungen aus. Dabei ist von Vorteil, dass die mittlerweile über 70 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der IGSS langjährige Erfahrung in der Sozialpolitik haben und auf mathematische, wirtschaftliche, juristische und informatische Kompetenzen zurückgreifen können. Wir können so den gesamten Entwicklungsprozess einer Reform abdecken und übernehmen auch die Analyse der Auswirkungen auf die öffentlichen Finanzen oder auf eine Umverteilung von Einkommen.

Im juristischen Bereich ist die IGSS zudem dafür zuständig, bi- und multilaterale Konventionen im Bereich der sozialen Sicherheit vorzubereiten und Bestimmungen der Europäischen Union mit auszuarbeiten.

Die IGSS ist auch die Aufsichtsbehörde der Institutionen der sozialen Sicherheit und des Betriebsrentensystems. Sie hilft mit, Verwaltungsprozesse einheitlich zu gestalten. Außerdem ist die „Cellule d'évaluation et d'orientation“ der Pflegeversicherung mit 50 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verwaltungsmäßig der IGSS angegliedert. Schlussendlich wird dieses Jahr der IGSS noch eine „Cellule d'expertise médicale“ verwaltungsmäßig angeschlossen.

■ Warum arbeitet die Inspection in solch großer Nähe zum Sozialministerium?

Einige der Aufgaben der IGSS werden in anderen Ländern von Abteilungen der Sozialministerien wahrgenommen. In Österreich ist dies eine Grundsatzabteilung, in Frankreich die Direction de la sécurité sociale. In Belgien wiederum bringt jeder Bundesminister sein eigenes Kabinett mit, das schon fast ein eigenständiges Amt darstellt, parallel zu der technischen Verwaltung des Ministeriums. Traditionell gibt es in Luxemburg dieses System des Kabinetts nicht, so dass die Minister sehr viel stärker auf andere Ressourcen zurückgreifen. So stehen wir dem Ministerium der sozialen Sicherheit zur Seite und werden intensiv in die Ausarbeitung von Gesetzesentwürfen involviert.

■ Was charakterisiert die Arbeit der IGSS heute – und was zukünftig?

Charakteristisch für die IGSS ist schon heute, dass wir intern und extern starke interdisziplinäre Zusammenarbeit praktizieren, beispielsweise mit anderen Verwaltungen,



Ministerien oder auch Forschungszentren. Diese Art von Zusammenarbeit wird sich sicherlich noch verstärken, zumal wir mit unseren Sozialdaten und unserem Projektions- und Simulationsinstrumentarium auch anderen Verwaltungen in ihren Anliegen weiterhelfen können. Was unsere Rolle als Aufsichtsbehörde angeht, so wird es noch in diesem Jahr zu einem Umbruch kommen in Richtung moderner zeitgemäßer Audits.

■ Welche Schwerpunkte werden Sie in Ihrer Arbeit setzen?

In den letzten Jahren haben wir unsere internen statistischen Daten zu Arbeitsmarkt und Sozialschutz kontinuierlich verbessert. In diesem Gebiet müssen wir auch weiterarbeiten. Außerdem werden wir verstärkt die gewonnenen Informationen öffentlich zugänglich machen. In Bezug auf Projektions- und Simulationsinstrumente haben wir in den letzten Jahren größere Fortschritte gemacht. Auch in diesem Feld werden wir weiterarbeiten, damit wir in der Lage sind, soziale Programme besser zu evaluieren und „evidence-based“ Sozialreformen ausarbeiten zu können. Weiterhin wird es immer notwendiger, den sozialen Reformprozess von einem ganzheitlichen Standpunkt aus zu analysieren. Betrachtungen, die den gesamten Lebensablauf beinhalten, von der Kindheit über das Arbeits- und Familienleben bis zur Rente und vielleicht der Pflegeabhängigkeit, sind dafür sehr hilfreich. Hierfür benötigen wir geeignete Analysemethoden und Fachwissen.

■ Welche Herausforderungen kommen auf die IGSS langfristig zu?

Langfristig werden wir uns damit beschäftigen, wie wir unser soziales System den sozialen und wirtschaftlichen Entwicklungen in unserem Land anpassen müssen, insbesondere in Bezug auf die Alterung der Bevölkerung und die neuen Rollen der Frauen in Arbeitswelt und Familie. Eine weitere Herausforderung besteht darin, unser Sozialsystem so abzusichern, dass es in seinen Grundsätzen nicht in Widerspruch zu EU-Regeln gerät, mit schwer abschätzbaren Folgen, etwa wie sie Dino Buzzati in seiner Kurzgeschichte „Der Einsturz der Baliverna“ beschreibt, der Geschichte vom Totalzusammenbruch eines alten ehrwürdigen Gemäuers.

■ Gibt es beispielhaft ein Thema, das kurzfristig im Mittelpunkt stehen wird?

Kurzfristig stehen die Umsetzung der Gesundheitsreform und die Vorbereitung der Rentenreform im Vordergrund. Außerdem müssen wir uns Gedanken machen, ob eine Reform der Pflegeversicherung notwendig ist. Der erste Schritt in diese Richtung ist eine Evaluierung der aktuellen Lage dieser Versicherung.

■ Seit wann arbeiten Sie schon für die IGSS und in welcher Funktion?

Ich arbeite seit 1980 für die IGSS. Von 1982 bis 2000 war ich verantwortlich für die Informatikabteilung und von 1982 bis 2010 für die soziale Planungsabteilung, die seit 1992 alle Branchen der sozialen Sicherheit abdeckt. In dieser Zeit war ich auch



von 1992 bis 1997 Verantwortlicher des bilateralen entwicklungspolitischen Projektes der Informatisierung der sozialen Sicherheit auf den Kapverden. Außerdem habe ich zwischen 1996 und 1998 einige kurze Beratungsaufträge für die Weltbank über Krankenkassenreformen in Argentinien und Uruguay ausgeführt, sowie zwischen 2001 und 2007 für die Internationale Arbeitsagentur (ILO – OIT/BIT) im Bénin, in Namibia, Ghana und Laos. In den letzten Jahren hatte ich, zusammen mit einem Kollegen der ILO, eine Vorlesung an der Universität Maastricht über Finanzierung von Gesundheitssystemen.

■ Und in der Zeit davor?

Ich habe in Löwen, Louvain-la-Neuve und Paris Mathematik studiert. Während meines Doktorats war ich Assistent an der staatlichen Universität in Mons, danach ein Jahr als Post-Doc-Student an der Universität in Cambridge (Großbritannien).

■ Haben Sie Hobbys?

Beim Wandern ist für mich der Weg das Ziel. In Luxemburg, an der Mosel, in der Eifel und den Ardennen gibt es so vieles zu entdecken!



Foto: privat
Gut bestellt hat Georges Schroeder (63) die IGSS seinem Nachfolger übergeben. Privat gärtnert er gern und engagiert sich nach wie vor in der Pfadfinderbewegung.

Falls Sie inhaltliche Anregungen oder Kommentare haben oder den Newsletter abbestellen möchten:
E-Mail: insight.santesecu@mss.etat.lu

Georges Schroeder in Pension? Denkste!

Die Frage nach dem Ruhestand stellt sich für Georges Schroeder ganz und gar nicht. Im Oktober 2010 hat er zwar seine Tätigkeit als Direktor der Inspection générale de la Sécurité sociale (IGSS) aus Altersgründen aufgegeben. Doch nun widmet er sich ganz der Arbeit im Staatsrat, dem er seit Juni 2009 als Präsident vorsitzt. Hier betritt er kein Neuland. Dem Conseil d'Etat gehört er als Mitglied bereits seit fast 16 Jahren an.

Auch wenn sein Augenmerk nun verstärkt auf die gesamtpolitische Weiterentwicklung Luxemburgs gerichtet ist, so wird er dabei keineswegs die Sozial- und Gesundheitspolitik aus den Augen verlieren. 28 Jahre lang bildete sie für ihn das fachliche „Herzstück“ bei seiner Arbeit. Tiefgreifende Strukturreformen hat er mit vorangetrieben und in ihrer Entstehungs- und Umsetzungsphase mit gestaltet, so etwa die Rentenreform von 1987, die Reform der Krankenversicherung 1992 und die Einführung der Pflegeversicherung im Januar 1999, die Umsetzung des Einheitsstatus 2009 für alle Beschäftigten des Privatsektors und schließlich die Gesundheitsreform 2010. Als versierter Jurist und Pfadfinder dürfte ihm seine verantwortungsvolle Funktion beim Staatsrat keine Probleme bereiten, ist er doch darauf trainiert, auch in unwegsamen Gelände den richtigen Weg zu finden.

Alles Gute für die Zukunft wünscht Dir, lieber Georges,
Mars Di Bartolomeo



La stratégie numérique pour l'Europe et la santé - Intégration au Luxembourg

Pour la santé le Luxembourg est bien placé pour s'intégrer dans la stratégie numérique pour l'Europe et la santé qui est une des nouvelles initiatives phares de l'Union Européenne (UE).

Basé sur levier des technologies de l'information. La stratégie numérique pour l'Europe et la santé s'insère dans la stratégie de l'Europe pour 2020 pour une croissance durable et vise à utiliser le levier des technologies de l'information pour favoriser un marché unique numérique basé sur un Internet (ultra)rapide et des applications interopérables. La stratégie comporte un ensemble d'actions dont certaines sont plus spécifiquement destinées au secteur de la santé.

Partager les données au niveau européen. Deux actions s'adressent plus particulièrement aux projets nationaux ou régionaux de dossier patient qui se multiplient en Europe. Dans le cadre de la stratégie numérique, la Commission invite les acteurs concernés à définir pour 2012 un ensemble de données minimales à figurer dans un dossier patient et qui devraient être partagées au-delà des frontières des Etats-membres au sein de l'UE. Cette ambition se retrouve par ailleurs dans la directive européenne en voie d'adoption sur les droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers qui consacre un chapitre à la santé en ligne dans un contexte transfrontalier. Aujourd'hui déjà, un certain nombre de régions ou pays participent au projet pilote « Smart Open Services for European Patients ». Ce projet vise à mettre en place des services qui visent à donner un accès électronique au résumé du dossier patient à partir d'un autre Etat membre. Ils doivent par ailleurs permettre une prescription médicamenteuse transfrontalière ainsi qu'une mise à jour du dossier local à partir d'une dispensation de médicaments à l'étranger. Ces initiatives intéressent le Luxembourg au plus haut niveau et il convient de les intégrer rapidement dans les activités de l'Agence des informations partagées dans le domaine de la santé (Agence ci-après).

Accès du patient au dossier. Cet accès devrait être généralisé en 2020 après des pilotes prévus pour 2015 au niveau de certains Etats membres. Notons que nous disposons déjà de la base légale de cet accès au dossier des soins partagés, prévu dans la loi sur la réforme du système de santé. Il faudra sans doute lancer d'abord un pilote relatif à un type de patient bien défini avant d'envisager la généralisation du service. En effet les citoyens n'y trouveront leur intérêt que si les services proposés sont suffisamment attrayants.



Foto: www.BilderBox.com

Länder, die vom raschen internetbasierten Datenaustausch auf europäischer Ebene profitieren wollen, müssen dafür sorgen, dass national die Datenerfassung und -verarbeitung elektronisch erfolgt. Luxemburg arbeitet im Gesundheitssektor mit Volldampf an dieser Aufgabe.



Standardisation. La Commission invite aussi les acteurs concernés à normaliser davantage les systèmes de santé en ligne par une standardisation et une politique de certification plus poussée. L'interopérabilité est une des priorités de l'Agence. Celle-ci peut, par ses missions, participer également à des actions de normalisation au niveau international. HL7 Luxembourg, association récemment créée, pourrait également y jouer un certain rôle.

Autonomie à domicile. Cette partie de la stratégie vise à promouvoir les dispositifs d'assistance à l'autonomie à domicile au profit des personnes fragiles ou souffrant de certaines maladies chroniques. Ces dispositifs ont en effet un potentiel de prévention de problèmes de santé ou d'accidents à domicile et permettent un meilleur suivi de certains problèmes. Notons que le Luxembourg dispose des quelques services que l'on peut ranger dans cette catégorie (Téléalarme, Telemonitoring de patients souffrant d'insuffisance cardiaque). Si l'industrie travaille déjà fortement à la normalisation de ces outils (Continua Alliance) et à l'interfaçage avec les systèmes d'information (Integrating Healthcare Entreprise) plus classiques tels que les dossiers patients, les pays, dont le Luxembourg, ne disposent pas encore vraiment d'une stratégie à leur égard. L'Agence pourrait insérer cette thématique dans une future mise à jour du schéma directeur qu'elle est censée établir et favoriser le recours à ce genre d'outils auprès des citoyens et professionnels du secteur.

René Krippes, Ministère de la Santé

■ Liens:

Pour savoir plus au sujet de „Digital Agenda for Europe“:

http://ec.europa.eu/information_society/digital-agenda/index_en.htm

Pour savoir plus au sujet du projet pilote « Smart Open Services for European Patients »:

<http://www.epsos.eu/>



Die papierlose Krankenakte: Realität in Luxemburgs Herzzentrum

Das nationale Institut für Herzchirurgie und interventionelle Kardiologie (INCCI) verfügt nicht nur über eine komplette elektronische Patientenakte. Seit kurzem können auch externe Kardiologen und Krankenhäuser auf die Akte zugreifen.



Foto: INCCI

Mit Liebe für Herzen – das Logo des nationalen Herzzentrums Luxemburgs (INCCI).

Verschiedene Softwaresysteme. Von 2001 bis 2009 wurde die elektronische Patientenakte im INCCI nach und nach eingeführt, zuerst zur Patientenverwaltung mit der Software SAP R3, dann als klinische Patientenakte im Operationssaal (OP), auf der Normal- und Intensivstation und zuletzt auch im Katheterlabor mit dem Patienten-Daten-Management-System COPRA. Seit 2010 besteht nun auch ein kardiologisches Bildarchivierungs- und Kommunikationssystem (Picture Archiving and Communication System, PACS) sowie ein digitales Patientenarchiv, worauf sämtliche Krankenhäuser in Luxemburg sowie deren Kardiologen zugreifen können.

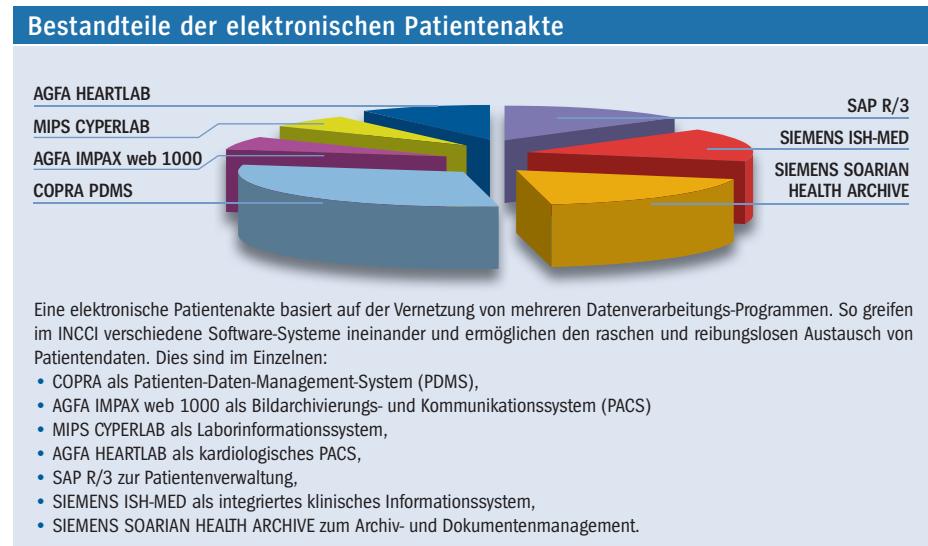
Datenschutz besteht. Als zentrale Informations-Drehscheibe für alle stationären und ambulanten Behandlungen dient die klinische, elektronische Patientenakte. Sie enthält eine übersichtliche Zusammenstellung sämtlicher patientenbezogener Daten und Dokumente beispielsweise Anamnese, Fieberkurve, Medikation, Statusblätter, Problemlisten, Aufträge, Befunde, Diagnosen und Eingriffsberichte. Jede Fachdisziplin verfügt hierbei über eine individuelle, den jeweiligen Bedürfnissen angepasste Bildschirm-Ansicht. Per Knopfdruck kann der Anwender die Dokumente und Maßnahmen am Bildschirm darstellen und gegebenenfalls Änderungen vornehmen. Dabei können Daten gleichzeitig von mehreren Benutzern eingesehen und bearbeitet werden. Die Vergabe spezifischer Rollen und äußerst differenzierter Berechtigungen an sämtliche Benutzer der Akte gewährleistet einen kontrollierten Datenzugriff und erfüllt sämtliche gesetzlichen Datenschutzauflagen.

OP-Plan. Mit der Einführung des COPRA-Navigationsmoduls steht am INCCI nun ebenso ein Modul zur OP-Planung und Ablaufsteuerung zur Verfügung. Anhand der in das System eingebrachten für Operationen relevanten Parameter wie Datum, Saal, Operateur und Ähnliches kann das Modul einen Tages- und einen Monats-OP-Plan erstellen. Nach den Vorgaben des dazu autorisierten medizinischen Personals können die für die OP bedeutsamen Parameter aus der Krankenakte im OP-Plan angezeigt werden.



Controlling. Basierend auf den Daten aus der elektronischen Patientenakte überwacht das Controlling die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der medizinischen Leistung am INCCI. Die dafür benötigten Daten müssen nicht separat erfasst werden, sondern werden im Rahmen des täglichen Arbeitsablaufs routinemäßig eingegeben, was das spätere Benchmarking im Bereich der Kardiologie mit der European Society of Cardiology (ESC) und dem Cardiology Audit and Registration Data Standards (CARDS) erheblich erleichtert. Die gleichen Vorteile ergeben sich auch für das Controlling der Herzchirurgie, das mit der deutschen Bundesstelle für Qualitätssicherung (BQS) als Partner stattfindet.

Im Rahmen des administrativen Controllings werden alle abrechnungsrelevanten Daten innerhalb des klinischen Prozesses erfasst, validiert und über eine Schnittstelle dem Abrechnungssystem zur Verfügung gestellt. Nach dem gleichen Ablaufschema werden Implantate bestellt und Fallkostenpauschalen berechnet.



Personalberechnung. Im Bereich des OPs wird auf Basis der Daten aus der Patientenakte die Personalberechnung für das Pflegepersonal realisiert (Schnittstelle COPRA- DEBORA). Die Personalberechnung für die Normal- und Intensivstationen werden mittels eines PRN (Project Research Nursing) Scanners unterstützt. Beim PRN SCANNER werden die in einem Pflegediagramm dokumentierten Pflegemaßnahmen ausgelesen und mit vorgegebenen Parametern der Personalbedarf errechnet.



Foto: www.BilderBox.com

Nicht nur die Mitarbeiter, auch externe Kardiologen können jederzeit auf medizinische Patientendaten zugreifen. Das ist das Ergebnis einer konsequenten elektronischen Datenerfassung am INCCI.

Archivsystem. Am INCCI wird die Archiv- und Dokumentenmanagementlösung Soarian Health Archiv eingesetzt. Ab dem Zeitpunkt der Patientenaufnahme werden alle Befunde eingescannt beziehungsweise über Schnittstellen dem System zugeführt. Sämtliche relevanten Informationen verschiedener Leistungsstellen stehen somit allen Akteuren unmittelbar zur Verfügung. Aufgrund der Tatsache, dass in der täglichen Routine kein Bedarf an einem physischen Archiv besteht, können die Dokumente, die die Datenverwaltung selbst betreffen und nachvollziehen lassen, von einem externen Dienstleister verwaltet werden.

Portalsystem. Zur Verbesserung der intersektoralen Kommunikation hat das INCCI auf Grundlage des Soarian Health Archiv ein Portal für die am Behandlungspfad beteiligten Akteure eingerichtet. Die elektronische Weitergabe von Patientendaten unterliegt selbstverständlich den strengen Vorgaben des europäischen Datenschutzgesetzes. Das Portal beinhaltet außerdem ein Ablaufschema für die Genehmigung und Sperrung der Weitergabe von Patientendaten.

Fazit. Durch die papierlose Dokumentation des gesamten Behandlungsprozesses und durch die Tatsache, dass alle patientenbezogenen Informationen in digitaler Form im Archivsystem ständig zur Verfügung stehen, haben die Mitarbeiter, zuweisenden Ärzte und die Patienten jederzeit die Möglichkeit die für sie wichtigen Informationen zu erhalten. Dabei ist eine elektronische Patientenakte immer das Ergebnis aus der Vernetzung von mehreren Datenverarbeitungs-Programmen. Die Planung und Implementierung ist der Anfang einer langen Beziehung zu den Software-Lieferanten. Eine elektronische Akte scheint nie wirklich fertig zu sein. Für die Leitung des INCCI steht jedoch fest, dass die Vision einer elektronischen Patientenakte zum Nutzen der Patienten und des Personals umgesetzt werden konnte.

Direktionskomitee des INCCI

■ Webtipp:

Weitere Informationen zum Herzzentrum:

www.incci.lu



Absentéisme au travail : l'avant et l'après Statut unique

Le statut unique a-t-il eu un impact sur le taux d'absentéisme ? La crise brouillant les pistes, il est malheureusement impossible de répondre catégoriquement.



Foto: detailblick - fotolia.com

En période de crise économique, la crainte des salariés de perdre leur emploi peut les conduire à éviter au maximum de prendre un congé de maladie. Cette crainte peut aussi les pousser à accepter une dégradation de leurs conditions de travail avec pour conséquence un risque accru de tomber malade.

Crise économique. L'entrée en vigueur, le 1er janvier 2009, du Statut unique introduit par la loi du 13 mai 2008, a permis une plus grande responsabilisation des entreprises face au phénomène de l'absentéisme. Cette responsabilisation s'est faite par le transfert de charges, de l'assurance maladie vers les employeurs, du montant correspondant aux 13 premières semaines d'incapacité de travail des anciens ouvriers. Une des conséquences logiques de cette responsabilisation devrait être, à priori, la réduction de l'absentéisme au travail. Néanmoins, la continuation de la rémunération ayant été généralisée en pleine période de crise économique, son éventuel effet bénéfique sur l'absentéisme maladie n'est, pour le moment, pas observable. L'effet « Statut unique » est, selon toute vraisemblance, masqué par un effet « crise » qui agit en sens contraire et avec une amplitude supérieure.

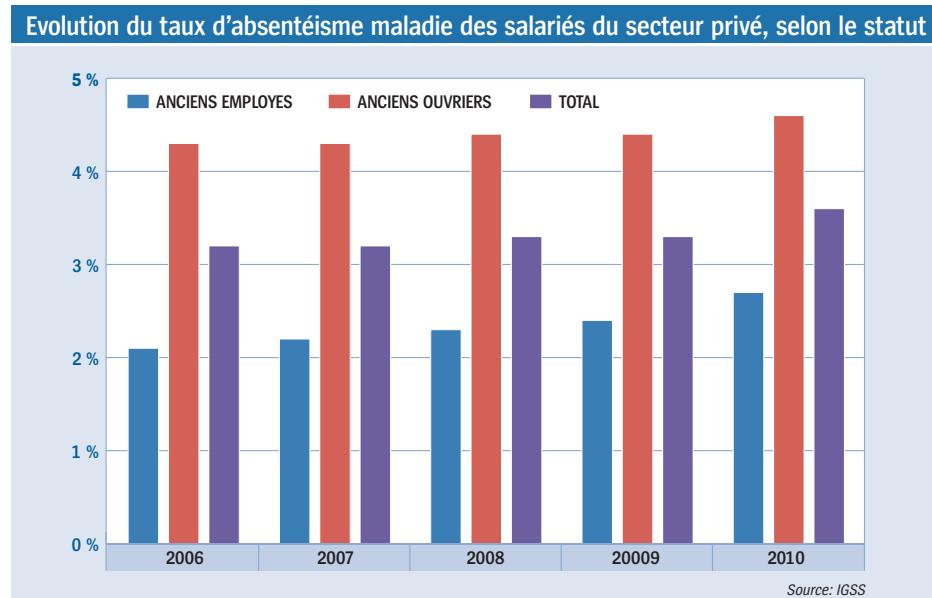
Absentéisme et cycle économique. Dans la littérature scientifique, l'absentéisme est habituellement considéré comme un phénomène « procyclique » : le taux d'absentéisme baisse quand le chômage augmente et inversement. Cette relation s'expliquerait par la crainte des salariés de perdre leur emploi en période de crise, crainte qui les pousserait à continuer à travailler malgré un état de maladie pour lequel ils se seraient absents en temps normal. Une autre explication serait qu'en temps de crise, les entreprises tendraient à n'embaucher que les personnes en bonne santé et à se séparer en priorité des personnes les plus susceptibles de tomber malade.

Bien que moins présente dans la littérature, la caractérisation de l'absentéisme comme phénomène « anticyclique » n'en est pas moins absente. De ce point de vue, le taux d'absentéisme varie de concert avec le chômage. Cette relation s'expliquerait par la crainte des salariés de perdre leur emploi en période de crise, crainte qui les pousserait à accepter une dégradation de leurs conditions de travail et qui accroîtrait ainsi le risque de tomber malade.

Même si les deux hypothèses sur l'effet que peut avoir le taux de chômage sur le taux d'absentéisme semblent contradictoires, elles ne sont en aucun cas exclusives. En effet, les deux types d'effet peuvent se produire simultanément et, le cas échéant, s'annuler.



Chiffres 2010. Le graphique qui suit présente l'évolution du taux d'absentéisme pour cause de maladie des salariés du secteur privé entre 2006 et 2010 (taux estimé sur base des 8 premiers mois de l'année 2010). On constate que le taux d'absentéisme total augmente très légèrement mais régulièrement depuis 2006. Toutefois, l'année 2010 semble se caractériser par une augmentation plus forte que les années précédentes avec un taux passant de 3,3% à 3,6%. Néanmoins, on ne peut en aucun cas tirer la conclusion que l'introduction du Statut unique n'a pas eu l'effet escompté sur le taux d'absentéisme.

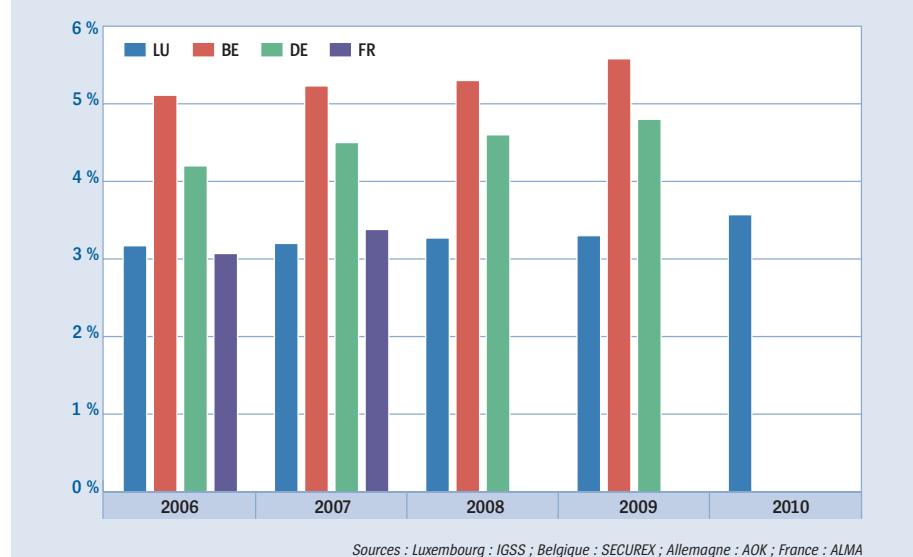


En effet à la lumière du développement théorique précédent, on peut émettre l'hypothèse selon laquelle la crise a engendré une hausse de l'absentéisme et que cette hausse a dépassé, en ampleur, l'éventuelle baisse engendrée par la généralisation de la continuation de la rémunération. A cet égard, on peut noter qu'une augmentation de l'absentéisme coïncidant avec un ralentissement de la conjoncture a déjà été observée entre 2000 et 2002 par l'Union des Caisses de Maladie (UCM) dans une analyse de l'évolution des indemnités pécuniaires de maladie de la gestion des anciens ouvriers (Art 29.1c CAS).



Evolution dans les pays voisins. A ce niveau, il peut être intéressant de s'interroger sur l'évolution récente du taux d'absentéisme de quelques pays voisins, afin de voir si on peut observer un phénomène identique.

Evolution du taux d'absentéisme maladie des salariés du secteur privé, selon pays



On constate que les évolutions des taux d'absentéisme suivent une tendance relativement semblable entre 2006 et 2009. On peut en outre souligner le fait que sur base des sources mentionnées plus haut, le Luxembourg possède le taux d'absentéisme le plus bas.

Thierry Mazoyer, Inspection générale de la sécurité sociale, IGSS

Impressum

Herausgeber

Ministère de la Santé et Ministère de la Sécurité sociale du Luxembourg

Verantwortlich

Mars di Bartolomeo, Ministre

Beauftragter des Herausgebers
KomPart Verlagsgesellschaft
mbH & Co. KG Bonn

Redaktion

Dr. Beatrice Wolter (KomPart);
Ministère de la Sécurité Sociale,
Ministère de la Santé;

E-Mail: insight.santesecu@mss.etat.lu

Webtipp: Informationen zur Gesundheitsreform

Was bedeutet eigentlich „integrierte Versorgung“ (filières de soins)? Welche Aufgaben wird der Vertrauensarzt (médecin de référent) übernehmen? Wer hat Zugriff auf die Gesundheitsaustauschakte (dossier soins partagé)? Warum steigen überhaupt die Krankenkassenbeiträge? Und aus welchem Grund wurde eine Gesundheitsreform verabschiedet? Für diese und andere Fragen hält das Portail Santé Antworten auf Deutsch und Französisch bereit:

- <http://www.sante.public.lu/fr/dossiers/2010/gesundheitsreform/index.html>