



InSight

SantéSecu

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 Koordination. Für wen? Für alle Akteure des luxemburgischen Gesundheitswesens.

LESERMEINUNGEN ERWÜNSCHT?

Unbedingt, bitte per E-Mail: insight.santesecu@mss.etat.lu

WEITERE WEB-INFORMATIONEN:

www.ms.etat.lu
www.mss.public.lu

INHALT · CONTENU

ASSURANCE DÉPENDANCE : bilan après 15 ans. **L'ENFANT** dans l'assurance dépendance. **L'ABSENTÉISME MALADIE** de longue durée. **WER? WAS? WO?** Personnages & Postes. **DOCUMENTATION HOSPITALIÈRE** : La commission consultative va démarrer ses travaux. **LA TRANSPOSITION** de la directive européenne entre dans sa phase finale. **QUADRIPARTITE**: Themenschwerpunkt Krankenhaus. **REFORMEN IM SPITALWESEN**: Jetzt und nicht übermorgen! **CARTOON**: Das Pflagermitfahrboard.

Assurance dépendance : bilan après 15 ans

En introduisant l'assurance dépendance, le législateur a souhaité recourir à la solidarité de tous pour protéger chacun contre un risque de la vie auquel peu de gens peuvent faire face, sans s'exposer à la pauvreté. Cette cinquième branche intégrée à la sécurité sociale par la loi du 19 juin 1998, constitue une incontestable avancée sociale pour le Luxembourg. Le défi est maintenant de garantir la pérennité de ce précieux instrument.

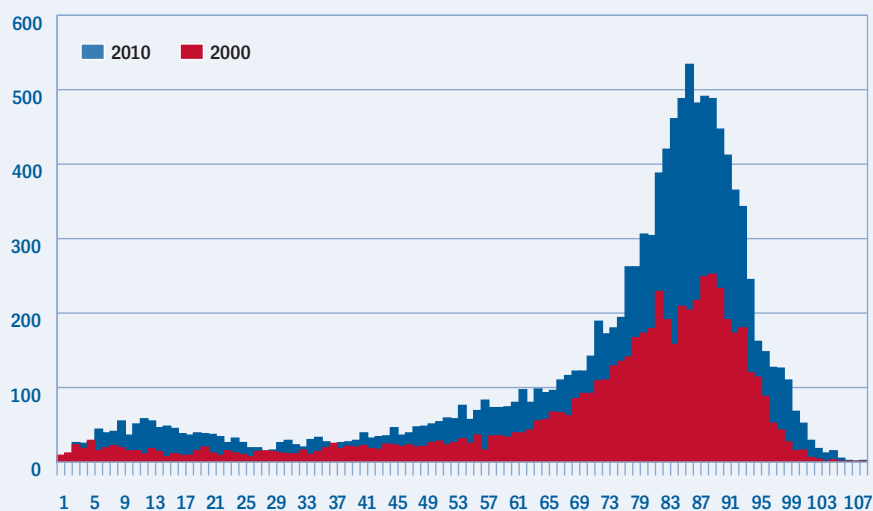
Deux fois plus de bénéficiaires qu'en 2000. Au 31 décembre 2010, on compte 11 706 bénéficiaires de l'assurance dépendance, soit un taux de dépendance de 1,7%. Ce taux était de 1,1% en 2000. Sur l'ensemble de la période, la durée moyenne dans l'assurance dépendance représente 18,2 mois. Elle est de 27 mois pour les bénéficiaires en établissement et de 11,2 mois pour les bénéficiaires à domicile.

L'âge moyen diminue. Il passe de 73,1 ans en 2000 à 72 ans en 2010, malgré l'impact des groupes d'âge élevés. Ainsi en 2010, plus de la moitié des bénéficiaires (51,4%) sont âgés de plus de 80 ans et la part des octogénaires tend à augmenter. En parallèle, l'assurance dépendance touche aussi davantage de sujets jeunes, en-dessous de 30 ans.



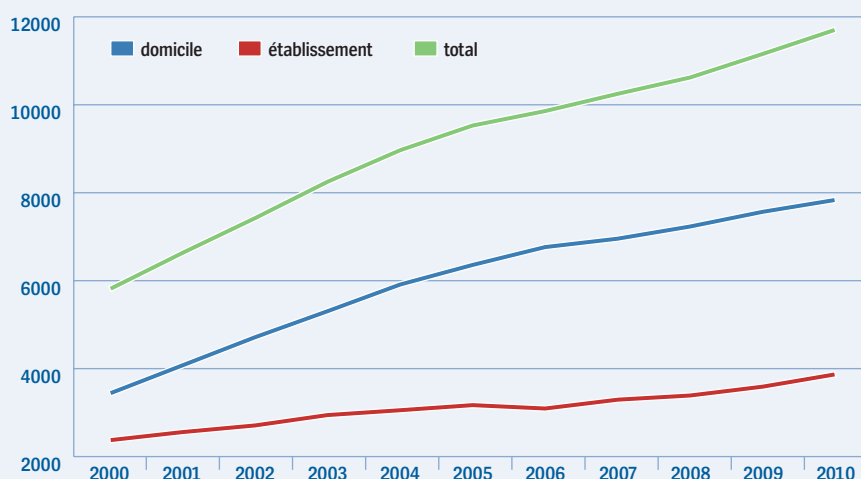
L'âge moyen à l'entrée. D'un autre côté l'âge moyen à l'entrée dans la dépendance augmente. De 74,5 ans en 2000, il est passé à 75,3 ans en 2010. L'âge moyen au décès tend, lui aussi, à augmenter : de 81,5 ans en 2000, il est passé à 82,9 ans en 2010.

Graphique 1 : Distribution par âge des bénéficiaires de l'assurance dépendance – comparaison 2000/2010



Source : Rapport de l'IGSS sur l'assurance dépendance paru en mai 2013

Graphique 2 : La population dépendante par lieu de séjour : évolution 2000-2010



Source : Rapport de l'IGSS sur l'assurance dépendance paru en mai 2013



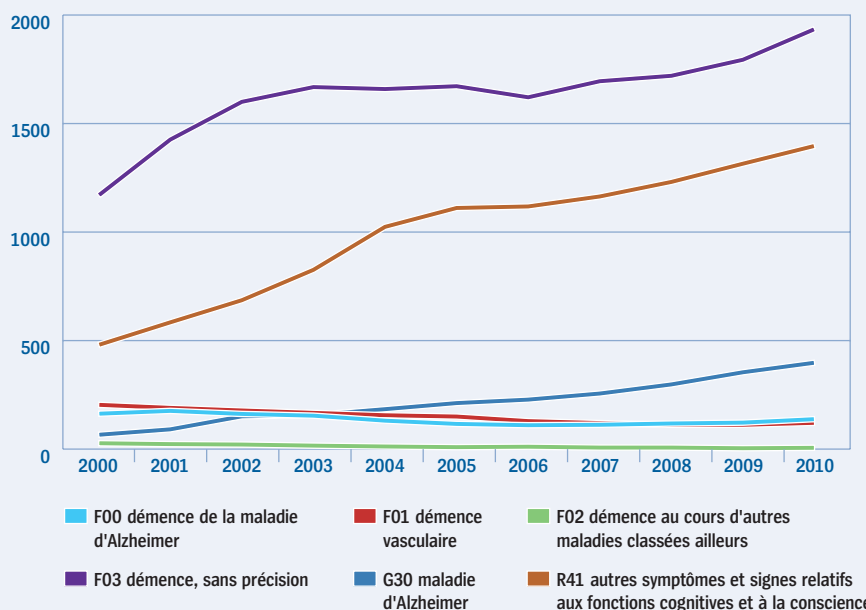
Priorité au maintien à domicile : objectif atteint. Depuis 2000, l'assurance dépendance a toujours compté plus de bénéficiaires à domicile qu'en établissement. Toutefois, l'augmentation du nombre de bénéficiaires a été plus sensible à domicile qu'en établissement : de 59% en 2000, les bénéficiaires à domicile passent à 67% en 2010. En chiffres absolus, le nombre de bénéficiaires à domicile a plus que doublé (augmentation de 128%).

Les maladies démentielles en pleine progression. La démence et les troubles des fonctions cognitives occupent la 2^e place parmi les trois principales causes de la dépendance, le 1^{er} rang étant tenu par les maladies du système ostéo-articulaire, et le 3^e par les maladies du système nerveux.

Ainsi, les maladies démentielles touchent 33% des bénéficiaires de l'assurance dépendance. Ces bénéficiaires présentent un âge moyen de 82,9 ans en 2010 et se trouvent majoritairement en établissement. La prévalence de la démence est de 2,6 femmes pour un homme.

Leur prise en charge représente 74% de l'ensemble des dépenses. Le coût moyen annuel est 4,5 fois plus élevé que celui de l'ensemble de la population dépendante.

Graphique 3 : Evolution 2000-2010 des diagnostics de maladies démentielles





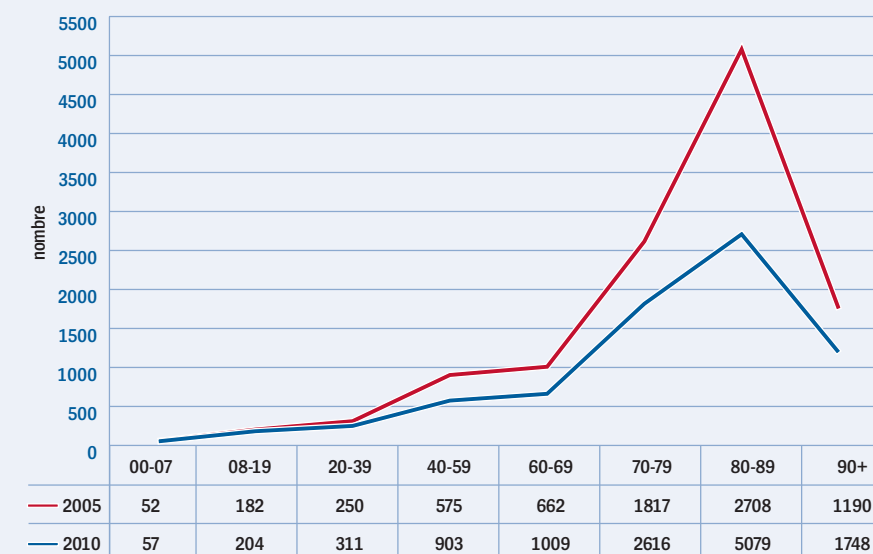
Les personnes handicapées: un groupe très hétérogène. Les personnes handicapées (<60ans) représentent près d'un 1/5 des personnes dépendantes en 2010. Plus jeunes que les autres bénéficiaires, ils séjournent presque tous (98%) à domicile. Parmi eux, 38% sont pris en charge par leur entourage familial. 62% font appel aux services de prestataires professionnels. Cette tendance va en s'amplifiant.

Le temps moyen pour aides et soins est passé de 16,1 heures en 2001 à 20,1 heures en 2010, soit une augmentation de quatre heures.

Augmentation importante des activités de soutien. La croissance du temps requis total a été très importante pour les bénéficiaires en établissement à séjour continu où l'on passe d'un temps moyen de 20 heures en 2000 à près de 27 heures en 2010. Ceci est principalement dû à l'augmentation du temps requis pour les activités de soutien. Leur volume est dix fois plus important qu'à domicile.

Aides techniques : Le nombre de bénéficiaires d'aides techniques croît plus rapidement que la population dépendante. En effet, près de 20% des bénéficiaires d'aides techniques ne perçoivent pas parallèlement de prestations d'aides et de soins. Avec un âge moyen de 76,5 ans en 2010, les bénéficiaires d'aides techniques sont plus âgés que la population dépendante dans l'ensemble.

Graphique 4 : Evolution 2005/2010 du nombre de bénéficiaires d'aides techniques par groupe d'âge





Les adaptations du logement : des interventions plus rares mais plus complexes. Entre 2000 et 2010, quelque 800 adaptations ont été réalisées et concernent, la plupart du temps, la salle de bain. En 2010, environ un quart des bénéficiaires ne percevaient pas en même temps de prestations d'aides et de soins. Leur âge moyen se situe aux environs de 65 ans. Un tiers des adaptations réalisées entre 2000 et 2010 ne sont plus utilisées par leurs bénéficiaires, qui en ont profité en moyenne pendant 2,5 ans après la réalisation.

Les dépenses augmentent 1,8 fois plus rapidement que le nombre de bénéficiaires. En 2010 le coût moyen total annuel s'élève à 31 500 euros. Le montant maximal remboursé pour une personne s'élève à 126 264 euros en 2000 et à 190 975 euros en 2010. Les actes essentiels de la vie représentent les frais les plus élevés. Ils ont triplé depuis l'introduction de l'assurance dépendance. Les activités de soutien affichent cependant l'augmentation la plus spectaculaire : le montant de 2010 est six fois plus élevé qu'en 2000.

Les dépenses pour les aides techniques ont augmenté de 27% entre 2005 et 2010 pour atteindre 10 millions d'euros en 2010. Néanmoins, le coût moyen de l'aide technique diminue de manière constante depuis 2005, en raison d'achats groupés et d'un recyclage de certaines aides utilisées. La pose d'élévateurs d'escaliers représente 30% de l'ensemble des dépenses pour aides techniques.

1 205 personnes bénéficiaires de soins palliatifs, en milieu extrahospitalier depuis 2009, 94,1 jours accordés en moyenne, 2,2 millions d'euros. Le coût moyen journalier à charge de l'assurance dépendance est de 155 euros, auxquels il y a lieu d'ajouter 150 euros versés par le Ministère de la Famille et de l'Intégration ainsi que l'intervention de l'assurance maladie pour soins médicaux, soins infirmiers, etc.

Un secteur très dynamique. Le nombre des institutions et du personnel occupé a plus que doublé entre 2000 et 2010. Le taux de lits « long séjour » s'élève en 2010 à 11,6 pour 1 000 habitants. Il est de 67 lits pour 1 000 habitants de 65 ans et plus. La moyenne pour l'ensemble des pays de l'OCDE est de 44 lits.

Peu d'informations sur l'aidant ou l'aidant informel. En se basant sur le recensement de la prise en charge des cotisations pour l'assurance pension, on recense 2 545 aidants informels, sur l'ensemble de la période de 2000 à 2011. Ce sont en majorité des membres de famille. Cependant, ces chiffres ne rendent pas compte de l'ensemble des aidants informels intervenant auprès des bénéficiaires car l'aidant informel n'a pas de statut défini dans l'assurance dépendance.

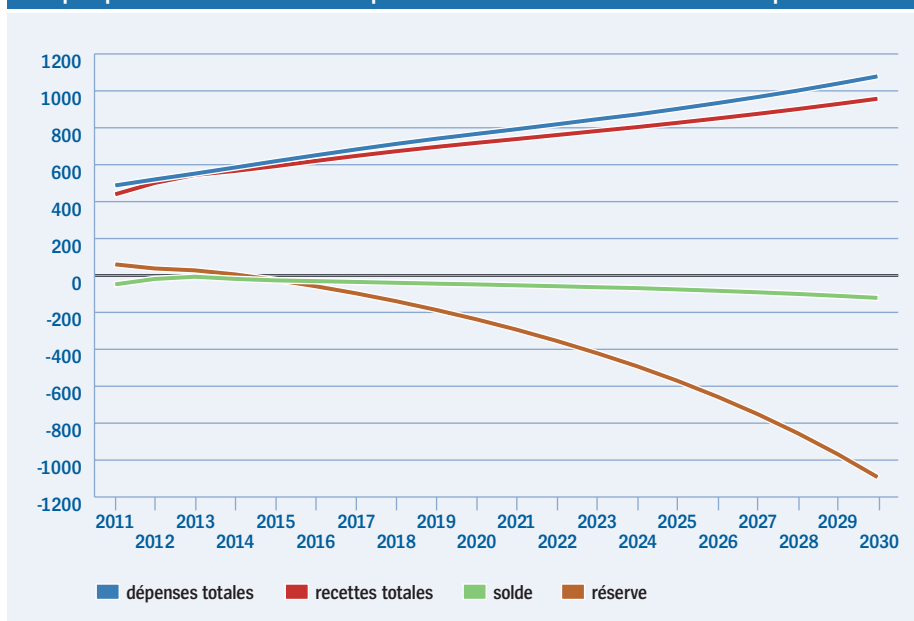


Equilibre financier fragile : la réserve diminue de manière régulière depuis 2009. Le solde des opérations courantes est encore positif en 2012. Il devient négatif à partir de 2013.

Prévisions pour l'horizon 2030. Le taux d'équilibre de l'exercice, c'est-à-dire le taux de cotisation nécessaire pour assurer l'équilibre entre recettes et dépenses est estimé à 1,43% pour 2013. A défaut d'autres mesures, il devrait passer à 1,73% vers l'horizon 2030 pour assurer la viabilité du système.

(Laurence Weber, IGSS)

Graphique 5 : Evolution de l'équilibre financier de l'assurance dépendance



Source : Rapport de l'IGSS sur l'assurance dépendance paru en mai 2013.

■ Lien :

Pour le « Bilan sur le fonctionnement et la viabilité financière de l'Assurance dépendance » voir sous:

www.mss.public.lu/publications/dependance/rapport_dependance/index.html



Foto: Christian Mosar

L'enfant a sa place dans l'assurance dépendance.

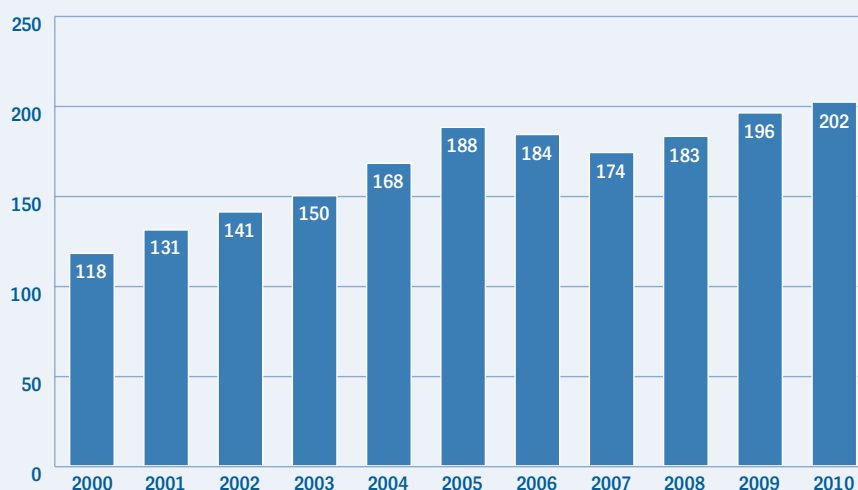
L'enfant dans l'assurance dépendance

L'assurance dépendance s'adresse aussi aux enfants. Le groupe des jeunes bénéficiaires présente des caractéristiques spécifiques. En outre, mesurer la dépendance chez des personnes en acquisition d'autonomie est délicat.

La place de l'enfant dans l'assurance dépendance n'est pas évidente car la dépendance de l'enfant revêt une signification particulière. Contrairement à l'adulte dépendant, l'enfant ne perd pas une autonomie acquise. Tout enfant présente un besoin d'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie et gagne progressivement en autonomie, au cours de son développement. Le rythme de cette acquisition est différent d'un enfant à l'autre. La littérature montre que l'autonomie pour les actes essentiels de la vie, tels que définis par l'assurance dépendance, est acquise à partir de l'âge de huit ans. Jusqu'à cet âge, pour mesurer la dépendance d'un enfant à besoins spéciaux, on considère le besoin d'aide supplémentaire par rapport aux enfants du même âge en bonne santé.

Le supplément d'aide pour le jeune enfant est mesuré par un questionnaire spécifique et par un relevé des prestations, adapté au concept d'aide supplémentaire. Cette approche différente de la dépendance mérite dès lors que l'on porte un intérêt particulier au groupe des enfants.

Evolution du nombre d'enfants bénéficiaires depuis 2000



Source: IGSS



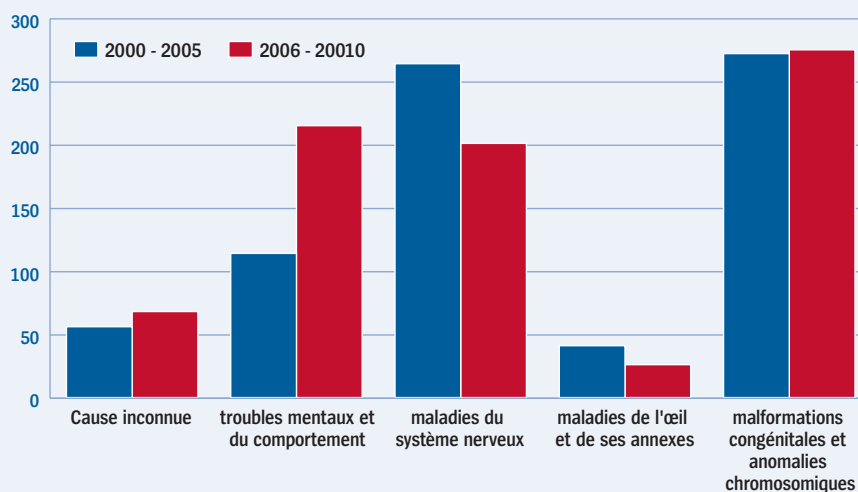
202 enfants étaient bénéficiaires de prestations en 2010 : 81 filles et 121 garçons, soit 1,7 % de l'ensemble des bénéficiaires. Ils représentent presque le double des bénéficiaires recensés en 2000.

Les malformations congénitales, maladies du système nerveux ou troubles mentaux et du comportement sont les principales causes de dépendance chez l'enfant et concernent 74,8% de l'ensemble des enfants entre 2000 et 2010.

Troubles psychiques. Le nombre d'enfants atteints d'un handicap moteur lourd diminue progressivement depuis 2000 alors que le nombre d'enfants présentant des troubles psychiques augmente. En regroupant les bénéficiaires sur deux périodes (période de 2000 à 2005 et période de 2006 à 2010), on constate une hausse significative du nombre de bénéficiaires atteints de *troubles mentaux et du comportement* (F00-F99) par rapport aux premières années de l'assurance dépendance. En parallèle, on constate une diminution des bénéficiaires atteints d'*une maladie du système nerveux* (G00-G99).

Le coût moyen d'un enfant dans l'assurance dépendance est très inférieur au coût moyen de l'ensemble. En 2010, il représentait à peine le cinquième du montant moyen constaté pour l'ensemble des bénéficiaires. Ceci est dû au fait que la dépendance est mesurée en se basant sur le besoin d'aide supplémentaire. De plus, les bénéficiaires de ce groupe privilégient généralement les prestations en espèces.

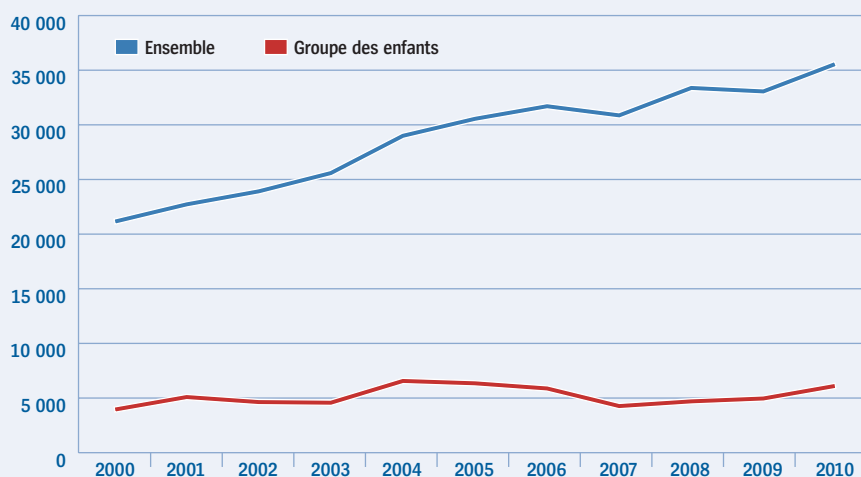
Causes de la dépendance chez les enfants –
Comparaison de la période 2000/2005 avec la période 2006/2010





Le recours aux prestataires professionnels est rare dans le groupe des enfants. Seuls 18% des enfants bénéficiaires en 2010 ont eu effectivement recours à un réseau d'aide et de soins. Pour les deux-tiers, ces interventions ont consisté en activités de soutien (67%), l'aide pour les actes essentiels de la vie étant assurée par l'entourage familial.

Causes de la dépendance chez les enfants – Comparaison de la période 2000/2005 avec la période 2006/2010



Source: IGSS

Une appréciation équitable de la dépendance de l'enfant est difficile. Le recours au modèle développemental présente un certain nombre de faiblesses. Il discrimine notamment les enfants dont le développement est proche du développement normal tout en présentant un besoin de surveillance constante pour l'exécution des gestes de la vie quotidienne. Pourtant, une appréciation équitable est importante. On constate, en effet, que dans beaucoup de situations, la présence d'un enfant à besoins spéciaux est une charge très lourde pour une famille et amène, souvent, l'un des parents à arrêter partiellement ou totalement sa vie professionnelle. Pour l'avenir et dans la perspective d'une réforme, il sera important d'accorder une attention particulière au groupe des enfants.

(Fabienne HEITZ, Pascale KOLB, Andrée KERGER, Cellule d'évaluation
et d'orientation de l'Assurance dépendance)



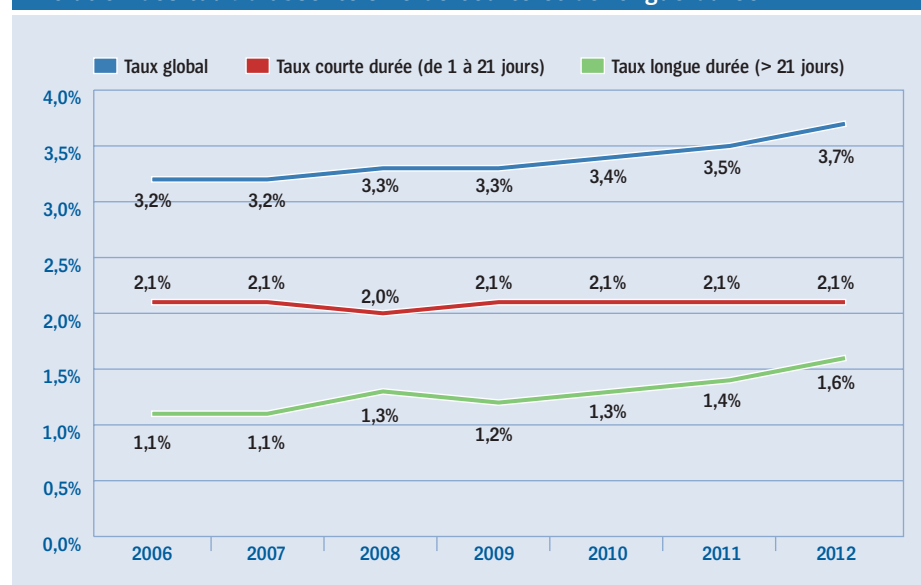
L'absentéisme maladie de longue durée

Alors que le taux d'absentéisme de courte durée est relativement stable depuis 2006, le taux d'absentéisme de longue durée affiche une augmentation constante depuis 2010.

Le taux d'absentéisme est, pour une année donnée, défini par le rapport entre le nombre de jours de maladie et le nombre de jours pendant lesquels un salarié a exercé une occupation. En distinguant la courte et la longue durée, on obtient deux composantes du taux d'absentéisme. 1) Le taux d'absentéisme de courte durée est défini par le rapport entre le nombre de jours de maladie, situés entre le 1er jour et la 3e semaine de chaque absence, et le nombre de jours pendant lesquels un salarié a exercé une occupation. 2) Le taux d'absentéisme de longue durée est défini par le rapport entre le nombre de jours de maladie, situés après la 3e semaine de chaque absence, et le nombre de jours pendant lesquels un salarié a exercé une occupation.

L'absentéisme de courte et de longue durée se distinguent par les pathologies qui les caractérisent. Les principales raisons médicales des absences de courte durée sont les « maladies infectieuses et parasitaires » (dont les pathologies sai-

Evolution des taux d'absentéisme de courte et de longue durée



Source: IGSS

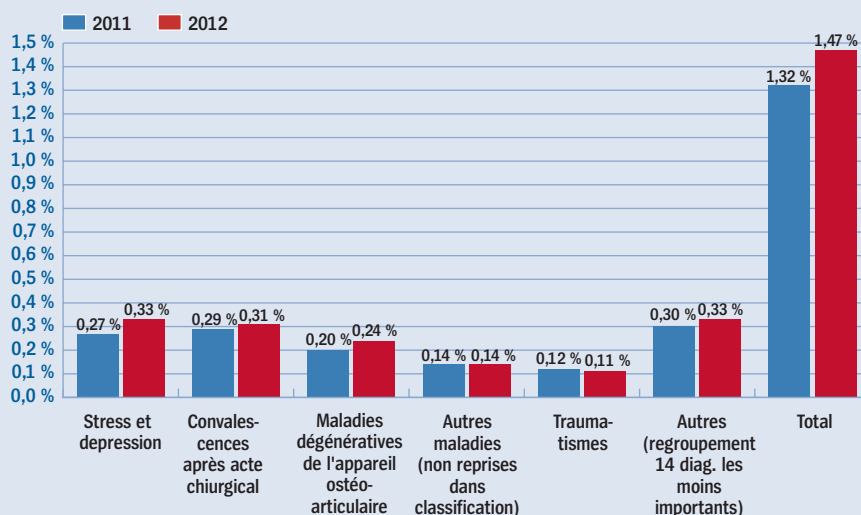


sonnières). Les principales raisons médicales des absences de longue durée sont, quant à elles, les « troubles mentaux et du comportement » (qui incluent les pathologies liées au stress et les états dépressifs), ainsi que les convalescences après intervention chirurgicale.

L'augmentation du taux d'absentéisme de longue durée, observée depuis 2010, est un phénomène généralisé qui est indépendant de la classe d'âge, de la résidence, du genre, du statut socioprofessionnel ou encore du secteur d'activité. Une telle généralisation du phénomène semblerait indiquer l'existence d'un effet crise.

Dans un contexte de crise, l'évolution inverse des taux d'absentéisme de courte et de longue durée pourrait s'interpréter de la façon suivante : Lorsque l'économie ralentit, le taux d'absentéisme de courte durée diminuerait de par la crainte des salariés de perdre leur emploi (phénomène procyclique). Ces derniers continueraient donc de travailler malgré un état de maladie pour lequel ils se seraient absentés en temps normal. Ce comportement générerait une accumulation de stress et de fatigue et augmenterait le risque de tomber malade plus longtemps. Ainsi, le taux d'absentéisme de longue durée augmenterait, alors que l'activité économique ralentit (phénomène anticyclique).

Décomposition du taux d'absentéisme de longue durée des salariés résidents selon la pathologie





L'analyse des raisons médicales des absences de longue durée des salariés résidents (l'information n'est pas disponible pour les frontaliers), révèle que ce sont les dépressions et les troubles liés au stress qui contribuent le plus à l'augmentation du taux d'absentéisme de longue durée. En effet, alors que cette raison médicale concentrait 20% des jours de maladie en 2011, ce poids est passé à 23% en 2012. En multipliant cette proportion par le taux d'absentéisme de longue durée, on obtient la part du taux d'absentéisme de longue durée qui se rattache aux dépressions et aux troubles liés au stress, soit 0,33% en 2012. Le graphique précédent présente ce résultat pour chacune des différentes pathologies.

Entre 2011 et 2012, le taux d'absentéisme de longue durée des salariés résidents est passé de 1,32% à 1,47% (+ 0,15 points de pourcents). Sur la même période, la part du taux d'absentéisme de longue durée, qui se rattache aux dépressions et aux troubles liés au stress, est passée de 0,27% à 0,33% (+ 0,07 points de pourcents). Par conséquent, l'évolution de la part du taux d'absentéisme de longue durée, qui se rattache aux dépressions et aux troubles liés au stress, explique 46% de l'évolution du taux d'absentéisme de longue durée ($46\% = 0,07/0,15$).

En termes de coût pour la CNS, le montant des prestations en espèces de maladie versées aux salariés résidents est passé, entre 2011 et 2012, de 43,8 à 52 millions d'euros (+ 8,2 millions d'euros). Sur la même période, la part du montant des prestations en espèces de maladie, qui se rattache aux dépressions et aux troubles liés au stress, est passée de 9,7 à 13,4 millions d'euros (+ 3,7 millions d'euros). Par conséquent, l'évolution de la part du montant des prestations en espèces de maladie, qui se rattache aux dépressions et des troubles liés au stress, explique 45% de l'évolution du montant des prestations en espèces de maladie versées par la CNS aux salariés résidents ($45\% = 3,7/8,2$).

(Thierry Mazoyer, IGSS)

■ **Lien :**

Le rapport sur la situation de l'absentéisme 2011 est accessible à l'adresse suivante :
http://www.gouvernement.lu/salle_presse/actualite/2012/11-novembre/13-rapport-absenteisme/rapport.pdf

Les taux d'absentéisme de courte et de longue durée présentés dans le rapport en question ont été récemment redressés. Cet article tient compte de ces modifications. Le rapport sera, quant à lui, mis à jour prochainement.



Wer? Was? Wo? Personnages & Postes

Medizinischer Dienst mit neuer Leitung

■ Seit Anfang April leitet **Dr. Gérard Holbach** als medizinischer Direktor den medizinischen Kontrolldienst (contrôle médical de la sécurité sociale). Er folgt in dieser Position auf Dr. Paul Koch, der zum 3. April 2013 in Ruhestand gegangen ist. Zunächst in Nancy zum Allgemeinmediziner ausgebildet hat Dr. Gérard Holbach anschließend in Düsseldorf die Weiterbildung zum Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie abgeschlossen. Außerdem hat er das Certificat d'université de chirurgie viscérale laparoscopique an der Université Louis Pasteur in Strasbourg erworben. Als Chirurg und Unfallchirurg arbeitete er lange an den Kliniken der Landeshauptstadt Düsseldorf. Ferner hat er das Curriculum Qualitätssicherung/Ärztliches Qualitätsmanagement an der Nordrheinischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung in Deutschland absolviert. Seit 1999 arbeitet er für den luxemburgischen Staat: zunächst in der Gesundheitsdirektion im Bereich kurative Medizin. Seit 2003 war er zuständig für den medizinischen Dienst beim Schiedsgericht für soziale Sicherheit bis er 2011 zum medizinischen Kontrolldienst wechselte und dort knapp ein Jahr später bereits Stellvertreter des medizinischen Direktors wurde.

Neuer stellvertretender Direktor

■ Seit dem 3. April 2013 ist **Dr. Raoul Hartert** médecin-directeur adjoint der Administration du Contrôle médical de la Sécurité sociale. Sein Studium der Allgemeinmedizin hat Dr. Hartert an der Universität Innsbruck absolviert. Die Ausbildung zum Facharzt für Chirurgie erfolgte im Marienhaus Klinikum Bitburg. Es schloss sich eine weitere Ausbildung zum Facharzt für Unfallchirurgie im Klinikum Saarbrücken an. Danach arbeitete er als leitender Oberarzt für Chirurgie und Unfallchirurgie im St. Josef Krankenhaus Hermeskeil sowie als Gutachter des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen. Seit 2009 hat er sein Wissen als médecin-conseil bei der Administration du Contrôle médical de la Sécurité sociale eingebracht, bis er 2013 zum stellvertretenden Direktor ernannt wurde.

(Redaktion Insight SantéSécu)



Foto: Holbach

Dr. Gérard Holbach ist neuer
medizinischer Direktor des medizinischen
Kontrolldienstes.



Foto: Hartert

Seit April arbeitet Dr. Raoul Hartert
als stellvertretender Direktor beim
medizinischen Kontrolldienst.

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



Wer? Was? Wo?

Personnages & Postes

Neue Direktion für die „Croix Rouge“

■ Seit Anfang dieses Jahres ist **Michel Simonis** Generaldirektor des Roten Kreuzes in Luxemburg. Er folgt in dieser Position auf Jacques Hansen, der zum 1. Januar 2013 in den Ruhestand gegangen ist. Michel Simonis arbeitet seit über zehn Jahren für das Luxemburger Rote Kreuz. Zuletzt war er Direktor für den Bereich Gesundheit und Mitglied des Direktionskomitees. Sein Studium der Wirtschaftswissenschaften mit dem Schwerpunkt Unternehmen und Personal absolvierte Michel Simonis an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Nach Abschluss des Studiums wurde er Leiter der „Entente de Foyers de jour a.s.b.l.“, später Generalsekretär der „Copas a.s.b.l.“, bevor er 2002 zum Luxemburger Roten Kreuz kam. Darüberhinaus ist Michel Simonis Mitglied in Verwaltungsräten und Exekutivräten verschiedener sozialer Einrichtungen.

(Redaktion Insight SantéSécu)



Foto: Croix Rouge

Michel Simonis leitet als Generaldirektor seit Beginn des Jahres das Luxemburger Rote Kreuz.

Documentation hospitalière : La commission consultative va démarrer ses travaux

Quel est l'état des lieux?

L'organisation du système de santé au Luxembourg offre à la population le libre choix du médecin et un accès garanti aux prestations de santé sans distinction de revenus avec un financement solidaire. Avec 4.62 lits aigus pour 1 000 habitants, des équipements de technologies récentes, le financement de programmes qualité, les hôpitaux luxembourgeois semblent plutôt bien placés. Cependant il reste difficile de mesurer objectivement les résultats et les bénéfices des investissements consentis. Le constat est partagé par tous les acteurs du système de santé : les informations recueillies



actuellement sur les pathologies prises en charge au sein des établissements hospitaliers et le recours aux prestations hospitalières ne sont pas suffisantes pour :

- permettre le pilotage de ce secteur crucial du système de santé, valider ses atouts et identifier ses faiblesses
- le soumettre plus objectivement aux comparaisons internationales.

En outre, l'obligation de mise en application de la directive européenne sur les droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, toute proche, représente un défi supplémentaire en matière de transparence.

Comment valoriser les atouts du système hospitalier luxembourgeois ?

La réforme de 2010 prévoit des mesures pour se donner les moyens de recueillir des données essentielles qui manquent actuellement, revoir et améliorer les processus de codification des données permettant par la suite de répondre aux demandes d'indicateurs nationaux ou internationaux et d'introduire de façon systématique des processus de validation des données recueillies. Une documentation du recours aux soins dans nos hôpitaux plus précise, rigoureuse et validée, utilisant des classifications reconnues, doit permettre ainsi un meilleur pilotage de nos établissements hospitaliers. Elle répond aussi à la transparence exigée par l'Union Européenne à travers le calcul de nombreux indicateurs d'efficience de notre système de santé (indicateurs OCDE, Eurostat).

Des travaux préparatoires ont été réalisés par un groupe de travail constitué des représentants des médecins hospitaliers et des conseils médicaux, des directions hospitalières, de la Fédération des hôpitaux luxembourgeois, de la CNS et des institutions de l'Etat en charge de l'amélioration de la documentation hospitalière et de la recherche d'outils et de classifications. Les discussions ont permis de comprendre les besoins de chacun des acteurs, de cerner les objectifs et de rechercher en consensus les solutions et les outils adéquats pour améliorer le pilotage des hôpitaux d'aujourd'hui et de demain dans le respect des valeurs de notre système de santé. Le règlement grand-ducal du 26 décembre 2012 a institué une commission consultative pour la documentation hospitalière qui va prendre le relais et plus particulièrement s'atteler à la mise en place de ce projet de documentation hospitalière.

Les prochains numéros Insight vous présenteront les missions de cette commission ainsi que les modalités proposées pour une mise en place progressive d'un nouveau système de documentation dans les établissements hospitaliers luxembourgeois.



La transposition de la directive européenne entre dans sa phase finale

La transposition de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers entre dans la phase finale.

Un projet de loi a été déposé à la Chambre des députés le 14 mars 2013 et porte le n°6554. Ce projet a été transmis pour examen à la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale de la Chambre des députés. Les discussions au sein de cette commission, notamment sur base des avis requis, comme par exemple celui du Conseil d'Etat, pourraient conduire à des amendements du projet initial avant que celui-ci puisse être soumis au vote des députés lors d'une séance plénière.

Le délai de transposition de la directive venant à échéance au 25 octobre 2013, le dossier devrait être examiné dès la fin des discussions sur le projet de loi n°6469 relatif aux droits et obligations du patient. Ce projet de loi transpose également d'importants principes prévus par la directive, comme par exemple une obligation d'information du patient par le prestataire.

Certaines adaptations réglementaires, statutaires et conventionnelles resteront à prévoir après l'adoption des textes légaux.

Points de contact nationaux. Ainsi, par exemple, les travaux se concentrent actuellement sur la mise en place concrète des points de contact nationaux, l'un auprès du ministère de la Santé, l'autre auprès de la Caisse nationale de santé, afin d'assurer une information de qualité des patients et des assurés par l'administration.

Règles claires et précises. A côté de la mise en place de telles sources d'information, la plus-value pour les patients européens devrait essentiellement consister en l'établissement de règles claires et précises consacrant leurs droits et obligations en matière de soins de santé transfrontaliers dans des textes normatifs.

(Amélie Becker, IGSS, Service Juridique)



Foto: www.BilderBox.com



■ Liens :

Pour le texte de la directive 2011/24/UE du Parlement voir sous :
www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2011-0007+0+DOC+XML+V0//FR&language=FR

Pour le texte du projet de loi portant la transposition de la directive voir sous :
http://www.chd.lu/wps/PA_RoleEtendu/FTSByteServletImpl/?path=/export/exped/sexpdata/Mag/108/247/120476.pdf

Quadripartite: Themenschwerpunkt Krankenhaus

Luxemburgs Spitäler waren das beherrschende Thema der Frühlingsquadripartite Ende April in Mondorf. Diskussionen über den Spitalplan sowie eine Analyse des Krankenhausesektors, erstellt von der Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL), dominierten die Sitzung.

Weitere Themen. Aber auch die europäische Patientendirektive (siehe Artikel auf Seite 16) sowie eine erste Bilanz zum Referenzarztmodell standen auf der Tagesordnung.

Analytische Buchführung. Auf die Notwendigkeit, eine standardisierte analytische Buchführung in allen Krankenhäusern einzuführen, wies eindringlich Frank Bisenius von der Gesundheitskasse (CNS) hin. Welche Kosten derzeit in den Spitälern pro Patient anfallen, könne derzeit nicht befriedigend beantwortet werden. Um hier auch im Hinblick auf die europäische Richtlinie zur grenzüberschreitenden Patientenversorgung größere Transparenz zu erhalten, hätten CNS und IGSS ein Studienprojekt (Comptabilité analytique des établissements hospitaliers, CAEH) zur analytischen Buchführung in Krankenhäusern ins Leben gerufen. Das Ziel des Projekts ist es, ein Kalkulationsschema zu entwickeln, mit dessen Hilfe sich die Gesamtkosten pro Krankenhauspatient zuverlässig berechnen lassen. Derzeit scheiterten die Bemühungen hauptsächlich daran, dass benötigte Daten nicht verfügbar oder nicht so miteinander vernetzt seien, dass sie den einzelnen Patienten zugewiesen werden könnten. Auch beziehe das derzeitige Abrechnungssystem die Arzthonorare nicht mit ein. Auf Basis der vorliegenden Resultate des Studienprojekts CAEH, so Bisenius, werde die CNS gemeinsam mit der Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS) darauf hin-



Welche Kosten fallen pro Patient in den Spitälern an? Das Studienprojekt CAEH soll hier Klarheit schaffen.

Foto: lightpoet - Fotolia.com



arbeiten, dass zu Beginn des Jahres 2015 eine patientenbezogene Kostenerrechnung zumindest in prioritär eingestuftem Bereichen möglich sein kann.

Eine der nächsten Ausgaben von Insight SantéSécu wird das Thema detailliert behandeln.

(Dr. phil. Beatrice Wolter, Redaktion Insight SantéSécu)

Reformen im Spitalwesen: Jetzt und nicht übermorgen!

Ein Rückblick auf die Hauptthemen der Frühlingsquadrupartite von Minister Mars Di Bartolomeo

Die Aufgabe der Frühlingsquadrupartite ist es, dem Austausch der Sozialpartner mit der Regierung ein Forum zu bieten. In diesem Jahr war die Diskussion besonders rege und damit gut.

Spitalwesen. Glücklicherweise herrscht unter allen Beteiligten Konsens, dass zusätzliche Transparenz, Effizienz und Kompetenzbündelung im Krankenhaussektor Einzug halten müssen. Es gibt Meinungen, dass dies erst übermorgen wichtig wäre. Doch heute und nicht übermorgen müssen die notwendigen Schritte erfolgen. Diese Forderung ist den Spitalern bekannt.

Spitalplan. Planmäßig läuft die Umsetzung des Spitalplans von Regierungsseite aus. Vor den Sommerferien wird ein Vorentwurf vorliegen. Zur Diskussion der Neuerungen wird also genügend Zeit sein, denn der jetzige Spitalplan wird erst zum Jahresende auslaufen.

Das Referenzarztmodell als ein zentraler Baustein der Gesundheitsreform entwickelt sich gut. Es stößt auf breite Akzeptanz bei Ärzten und Patienten. Selbstverständlich gibt es auch hier Probleme in der Anfangsphase. Vereinzelt haben zu fleißig Referenzpatienten gesammelt. Richtig gehandhabt wird das Modell jedoch von der Überzahl der Teilnehmer. Entgleisungen werden wir korrigieren. Dafür sehe ich auch die Bereitschaft.



Gesundheitsreform. Genugtuung bereitet, dass auch andere Bestandteile der Gesundheitsreform in der Praxis angekommen sind. Die direkte Übernahme von Arztkosten (tiers payant) durch die CNS für Patienten in Notlage funktioniert seit Januar. Die Regularien zur Substitution von Arzneimitteln stehen im Grundschemata fest und werden jetzt mit Ärzte- und Apothekerverbänden diskutiert. Die maisons médicales sind bislang als positives Angebot unterfordert. Hier besteht auf Seiten der Patienten noch Informationsbedarf. Es muss bekannter werden, dass es sich zeitlich lohnt, mit kleineren Erkrankungen die maisons médicales aufzusuchen und nicht in die Notfallambulanzen der Kliniken zu gehen, die ihre Kapazitäten dringend für Notfälle offen halten müssen.

Europaweit die Nummer 1. Positiv ist zu vermerken, dass Luxemburg als erstes Land die Vorarbeiten zur Umsetzung der Richtlinie abgeschlossen hat. Damit sind wir europaweit die Nummer 1. Kein anderes Land Europas ist bei der Umsetzung in nationales Recht so weit fortgeschritten wie wir.

(Gesundheits- und Sozialminister Mars Di Bartolomeo)

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

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



Mehr Zeit für's Dossier
mit dem Pfliegermitfahr board.

K S E B

**Plus de temps pour le dossier
grâce au nouveau « segway » sanitaire.**