

Version arrêtée et validée par la Commission d'Évaluation en date du 6 novembre 2013

Version validée par le Conseil d'Administration de la FHL en date du 12 novembre 2013

Version validée par le Comité Directeur de la CNS en date du 11 décembre 2013

MODULE 2014 - INCITANT QUALITE

1. INTRODUCTION

Pour pouvoir prétendre à l'attribution de la prime Incitants Qualité inscrite dans la convention cadre FHL-CNS, chaque établissement devra remettre pour le 02 mars 2015 dernier délai à la Commission d'Évaluation, un rapport dont le contenu sera précisé pour le 30 juin 2014 au plus tard.

2. PRÉAMBULE AUX CONTENUS 2014

La démarche Incitants Qualité, faisant partie intégrante de la convention cadre FHL-CNS, a pour ambition d'accompagner les établissements hospitaliers sur la voie de l'excellence.

Depuis 1998, la démarche d'accompagnement de la Commission d'Évaluation s'est faite en plusieurs phases :

- Mise en place de programmes ciblés sur le dossier de la personne soignée, la prévention et le traitement de la douleur, la qualité technique des mammographies, la prévention des infections nosocomiales.
- Introduction d'un modèle de management de la qualité. Le choix s'est porté sur le modèle EFQM.
- Introduction d'une évaluation externe des hôpitaux par des experts EFQM après un apprentissage à l'autoévaluation et la mise en place d'un plan d'action.
- Introduction d'indicateurs nationaux permettant la mise en œuvre de méthodologies uniformes pour introduire dans l'avenir un benchmarking national ou international.

Depuis la mise en vigueur au 1^{er} janvier 2013 de la nouvelle version de la convention cadre FHL-CNS, les articles concernant la prime annuelle ont été adaptés. Cette convention cadre, notamment les articles visant la prime annuelle, seront d'application à partir du programme IQ 2014. Les éléments importants à considérer au niveau des articles précités seront les suivants :

- La prime annuelle sera versée aux établissements participant au programme qualité, de sécurité patient, d'efficacité et de transparence selon les résultats obtenus sur base de critères déterminés annuellement par la Commission d'Évaluation.
 - Le modèle EFQM est confirmé comme outil de management de la qualité.
 - Les évaluations externes auront lieu dans un rythme de 3 années. Ce sera l'année IQ 2015 qui sera la prochaine à être suivie par un assessment externe.

COMMISSION D'ÉVALUATION FHL – CNS

Secrétariat : 5 rue des Mérovingiens | Z.A. Bourmicht | L-8070 BERTRANGE | Tél. : +352 42 41 42-11 | Fax : 42 41 42-81 | E-mail : sylvain.vitali@fhlux.lu | www.fhlux.lu

- En vue d'augmenter la sécurité pour le patient, les établissements implémentent les programmes définis par la Commission d'Evaluation visant :
 - la prévention des erreurs médicamenteuses
 - la prévention des erreurs d'identification patient (bon patient, bon prestation au bon moment)
 - la prévention des infections nosocomiales
 - la prévention des résistances antibiotiques
 - l'assurance d'une continuité des soins
 - la prévention des risques liés au patient sur base d'un enregistrement et d'analyse systématique des événements indésirables
- L'efficacité des établissements est mesurée par les rapports coûts/prestations.-En attendant la mise en place d'une méthode de calcul des coûts par prestation, l'efficacité est jugée par rapport au respect des contraintes budgétaires imposées aux établissements par l'intermédiaire d'indicateurs et par rapport aux efforts entrepris dans la mise en œuvre des règles de comptabilité analytique et de calcul des coûts.
- Dans le but d'augmenter la transparence de l'activité hospitalière, la Commission d'Evaluation arrête pour chaque exercice un ensemble d'informations et d'indicateurs que les établissements devront fournir dans les délais fixés par la Commission. La mise en place de systèmes de documentation et leur validation sont prises en compte pour la détermination de la prime.

Sur base des objectifs tels que définis ci-dessus, les indicateurs nationaux à réviser et à développer seront classés selon les 3 axes :

- Sécurité patient
- Efficience
- Transparence

Les préalables à réaliser au niveau de la politique de santé pour garantir une atteinte des objectifs de la Commission tels que déterminés dans la Convention Cadre FHL-CNS, au niveau de la qualité du management et des prestations, de l'efficacité et de la transparence, notamment afin d'évoluer vers des résultats permettant une comparaison interhospitalière nationale et internationale sont e.a. les suivants :

- La clarification du concept de la médecine hospitalière dans le cadre d'une gouvernance hospitalière générale qui permet aux directions hospitalières de piloter l'établissement en disposant des droits, des structures et outils nécessaires
- La mise en place structurée et obligatoire pour l'ensemble des prestataires d'une documentation hospitalière basée sur une classification internationale tant au niveau des diagnostics que des actes médicaux

Les travaux à réaliser dans le module 2014 se feront dans la continuité de la démarche initiée depuis 1998 pour pérenniser les actions mises en œuvre les années précédentes.

COMMISSION D'ÉVALUATION FHL – CNS

Secrétariat : 5 rue des Mérovingiens | Z.A. Bourmicht | L-8070 BERTRANGE | Tél. : +352 42 41 42-11 | Fax : 42 41 42-81 | E-mail : sylvain.vitali@fhflux.lu | www.fhflux.lu

Le programme 2014 demandera aux hôpitaux de mettre en place et suivre leur plan d'action tel que défini suite aux auto-évaluations réalisées depuis 2005.

Le programme 2014 demandera aux hôpitaux de prouver les actions déterminées au contenu 2014-2

Les indicateurs de qualité et de performance retenus au niveau national seront à suivre en 2014.

Une attention particulière sera apportée à la mise à disposition de résultats d'indicateurs ayant été calculés sur base de données robustes et vérifiables.

Sur base du rapport relatif au contenu 2014-3 sera réalisé en 2015 par la Commission d'Évaluation une vérification de la présence et du respect de la méthodologie de calcul des indicateurs nationaux arrêtés par la Commission d'Évaluation.

L'évaluation de l'Incitant Qualité de 2014 ne comportera pas une comparaison interhospitalière, plus particulièrement le set actuel des indicateurs nationaux ne se prête pas un benchmarking national en vue de répondre aux objectifs de la Commission d'Évaluation tels que déterminés dans la Convention Cadre FHL-CNS.

Les hôpitaux devront remettre un rapport relatif aux contenus ci-dessous.

Pour l'IQ 2014, la prime maximale pouvant être obtenue sera déterminée comme suit :

LE VOLET QUALITE COMPTE POUR 40% (BASE : PRIME RELATIVE A L'IQ 2012), LES VOLETS SECURITE, EFFICIENCE ET TRANSPARENCE COMPTENT CHACUN POUR 20% DANS LE CALCUL DE LA PRIME

Sur base des indications à fournir par la Commission d'Évaluation courant 2014, les établissements hospitaliers s'engagent :

- à participer aux travaux nécessaires pour la définition de certains éléments du programme IQ 2015,
- à préparer au niveau de leur institution l'approche du programme IQ 2015.

3. CONTENUS À RÉALISER EN 2014 :

3.1. CONTENU 2014-1

- Le plan d'action issu des auto-évaluations préalables réalisées par l'établissement est poursuivi et actualisé tout au cours de l'année 2014 selon une méthodologie de gestion de projets. Le plan d'action reste en 2014 orienté sur la prévention des risques pour la personne soignée et pour le personnel.
- L'établissement devra présenter une matrice de suivi du plan d'action. Cette matrice devra au moins renseigner sur les éléments suivants :
 - Intitulé du projet ou de l'action
 - Objectifs du projet ou de l'action
 - Indicateur de résultat
 - Référence processus (si applicable)

- Milestones et indicateurs de mesure d'étape
- Suivi budgétaire (si applicable)

NOTE : CE DOCUMENT N'AFFECTERA PAS LA PRIME DE L'INCITANT QUALITE 2014 MAIS SERVIRA DE PREUVE LORS DE L'ÉVALUATION DE L'INCITANT QUALITE 2014.

3.2. CONTENU 2014-2

3.2.1. MODULE : EFFICIENCE

L'efficacité financière exprime la relation entre le service rendu au patient et les moyens personnels et matériels nécessaires à son accomplissement.

Le principe de l'économicité se trouve inscrit dans l'article 17 du Code de la sécurité sociale qui limite la délivrance des soins de santé à charge de l'assurance maladie à une mesure suffisante et appropriée.

Le système de la budgétisation, mis en place en 1995, fournit actuellement des coûts moyens par unité d'œuvre et centre de frais. Comme les prestations à la base des unités d'œuvre peuvent varier fortement d'un patient à l'autre et comme les groupes de patients traités sont différents entre hôpitaux, il se pose la question de la comparabilité des coûts, aussi bien au niveau d'un hôpital individuel dans l'évolution temporelle qu'entre hôpitaux pour un même exercice. Une allocation équitable des moyens budgétaires est par conséquent difficile à réaliser.

En plus, la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers fait l'obligation aux prestataires de soins de santé de fournir des factures et des informations claires aux patients.

Voilà pourquoi la CNS a pris l'initiative de développer le coût par séjour hospitalier. Le projet « Comptabilité analytique des établissements hospitaliers » a abouti dans une première étape à un « Manuel des règles de calcul du coût hospitalier par patient ».

Ce manuel décrit les règles de comptabilité générale et de comptabilité analytique. Il doit permettre de préciser la nature des frais, les centres de frais et les règles de répartition des frais. Il met l'accent également sur l'importance de l'imputation directe sur le patient de frais à forte variabilité entre patients. Il peut s'agir de frais de consommation ou de frais de personnel.

Le programme IQ 2014 est à considérer comme une étape préparatoire en vue d'atteindre l'objectif d'une mesure de l'efficacité.

TÂCHES À RÉALISER EN 2014

1. Application du plan comptable normalisé
 - Le plan comptable normalisé introduit au 1^{er} janvier 2013 est continué en 2014.

COMMISSION D'ÉVALUATION FHL – CNS

Secrétariat : 5 rue des Mérovingiens | Z.A. Bourmicht | L-8070 BERTRANGE | Tél. : +352 42 41 42-11 | Fax : 42 41 42-81 | E-mail : sylvain.vitali@fhlux.lu | www.fhlux.lu

- L'application des règles de comptabilité générale est certifiée conforme par un réviseur d'entreprise.
2. Application des règles de comptabilité analytique
 - La définition des centres de frais et les règles de répartition des frais sont établies en conformité avec le « Manuel des règles de calcul du coût hospitalier par patient ».
 - L'application des règles de comptabilité analytique est certifiée conforme par un réviseur d'entreprise. A cet effet une nouvelle mission complémentaire, pour laquelle un cahier des charges commun devra être établi par la Commission Technique Financière FHL-CNS, sera à confier aux réviseurs d'entreprise. Les charges relatives à cette mission seront à intégrer dans les budgets hospitaliers de 2015.
 3. Enregistrement nominatif des articles chers
 - Pour fin 2014 les hôpitaux se donnent les moyens afin de mettre en œuvre l'enregistrement par patient et séjour des médicaments chers (CF : chimiothérapie ambulatoire) et des implants (CF bloc opératoire). La liste définitive des articles et leurs critères d'inclusion sera retenue par la Commission Technique financière FHL-CNS pour le 1^{er} février 2014 et validée par la Commission d'Évaluation pour le 1^{er} mars 2014.
 - A partir de 2015, sur base des éléments retenus au point précédent, le relevé des articles consommés sera communiqué à la CNS.
 4. Les hôpitaux remettent les indicateurs nationaux relatifs à l'efficacité (cf. annexe 7 de la Convention Cadre CNS-FHL).

3.2.2. MODULE : TRANSPARENCE

Le principe de transparence signifie que les faits médicaux et de soins en relation avec les prises en charge hospitalières sont documentés, évalués et communiqués à qui de droit.

Depuis le début de la budgétisation, les hôpitaux recensent les actes des différentes nomenclatures et les communiquent à la CNS au moment de la facturation des unités d'œuvre. En 1997, les codes à trois caractères de la CIM-10 ont été introduits pour la documentation des diagnostics des affections prises en charge en séjour stationnaire ou en place de surveillance. Aujourd'hui, il s'avère que ces informations sont insuffisantes pour permettre d'appliquer les systèmes de classification des patients internationalement reconnus. Ceci implique que l'activité des hôpitaux luxembourgeois ne peut être décrite avec précision dans le but d'une comparaison des coûts et de la qualité, aussi bien à l'intérieur du pays que par rapport à l'étranger.

En 2013, un projet de documentation a été initié par l'IGSS, la Direction de la Santé et le Contrôle Médical de la Sécurité Sociale. Dans un objectif de santé publique ce projet vise le recensement des diagnostics primaires et secondaires par la CIM-10 selon des règles nationales validées ainsi que le recensement des actes médicaux selon la classification commune des actes médicaux luxembourgeoise (CCAM-L).

COMMISSION D'ÉVALUATION FHL – CNS

Secrétariat : 5 rue des Mérovingiens | Z.A. Bourmicht | L-8070 BERTRANGE | Tél. : +352 42 41 42-11 | Fax : 42 41 42-81 | E-mail : sylvain.vitali@fhflux.lu | www.fhflux.lu

En 2014, les établissements hospitaliers mettent en place la fonction de documentation médicale sous la responsabilité d'un médecin. Le nombre d'assistants à la documentation par fonction est fixé par la Commission des normes FHL-CNS. Les établissements hospitaliers peuvent conclure un contrat de partenariat avec un autre hôpital disposant d'une fonction de documentation médicale pour l'encodage de leurs données.

En 2014, l'encodage des diagnostics et des actes médicaux est effectué pour au moins 25% des séjours stationnaires de chaque établissement hospitalier. L'encodage est réalisé selon le protocole d'étude retenu par la Commission consultative de la documentation hospitalière. Chaque établissement hospitalier participe à l'évaluation des procédures d'encodage et à l'évaluation de la qualité de la documentation codifiée, organisée par la Commission consultative au cours du 2^e semestre de 2014.

Un rapport décrivant le déroulement organisationnel et les résultats obtenus au cours de l'année 2014 est soumis à la Commission d'Évaluation.

TÂCHES À RÉALISER EN 2014 :

1. Mise en place du service de documentation médicale dans les hôpitaux. Les hôpitaux sont libres de conclure un partenariat avec un autre hôpital en vue de l'encodage des données médicales.
2. Encodage des diagnostics et des actes médicaux selon le protocole d'étude retenu par la Commission consultative de la documentation hospitalière pour au moins 25% des séjours stationnaires en 2014, sous réserve :
 - a. de normalisation - dans les délais impartis - par la Commission des Normes FHL-CNS des ressources humaines nécessaires et de la garantie de la prise en charge financière par la CNS du coût de ces ressources humaines,
 - b. que les éléments nécessaires à la réalisation de ce point soient déterminés au niveau de la CCDH.
3. Évaluation de la procédure d'encodage et de la qualité de la documentation codifiée, en concertation avec les experts externes désignés selon des critères uniformes définis par la Commission consultative de la documentation hospitalière.
4. Établissement d'un rapport statistique sur les données enregistrées en 2014. Le schéma du rapport est fixé - pour le 1^{er} avril 2014 - par la Commission d'Évaluation sur avis de la Commission consultative de la documentation hospitalière.
5. Les hôpitaux remettent les indicateurs nationaux relatifs à la transparence (cf. annexe 7 de la Convention Cadre CNS-FHL).

3.2.3. MODULES « SECURITE PATIENT »

3.2.3.1. MODULE « IDENTITOVIGILANCE »

L'identitovigilance se définit comme un système de surveillance et de prévention des erreurs et risques liés à l'identification des patients.

COMMISSION D’EVALUATION FHL – CNS

Secrétariat : 5 rue des Mérovingiens | Z.A. Bourmicht | L-8070 BERTRANGE | Tél. : +352 42 41 42-11 | Fax : 42 41 42-81 | E-mail : sylvain.vitali@fhflux.lu | www.fhflux.lu

L’identitovigilance s’applique à tous les aspects de la prise en charge du patient (ex. : accueil/admission, traitement et diagnostic, prise en charge plateau technique et bloc opératoire, transferts interne et externe...) quels que soient les supports utilisés (ex. : support papier, support informatique, bracelet...).

L’objectif national final de l’identitovigilance étant le concept du « bon soin au bon patient », les établissements sont conscients des enjeux liés à l’identitovigilance et de la nécessité d’agir et des initiatives sont déjà entreprises dans tous les établissements (ex. : modes opératoires, information...).

Il a été constaté que ces actions n’intègrent pas, pour la plupart, une démarche globale d’identitovigilance, aussi bien pour l’aspect prise d’identité que pour l’aspect soins et qu’il n’y a pas d’homogénéisation des pratiques entre les établissements, ni d’organisations structurées locales et nationale.

La Commission d’Evaluation a retenu qu’il est nécessaire de structurer le domaine de l’identitovigilance dans chaque établissement ET d’homogénéiser les pratiques aux niveaux local et national.

Cette approche devra garantir un programme d’actions d’identitovigilance qui touche aussi bien les aspects administratif et informatique que les soins.

La Commission d’Evaluation a retenu qu’il est prématuré de déterminer des indicateurs de résultat pour 2014, cette période devant être consacrée à la mise en place des prérequis structurels et organisationnels.

TÂCHES A REALISER EN 2014 :

1. Les hôpitaux définissent la politique institutionnelle de chaque établissement relative au domaine de l’identitovigilance par la mise en place d’une charte (sur base d’un modèle commun à valider par la Commission d’Evaluation avant le 1^{er} février 2014)
2. Les hôpitaux mettent en place une structure de pilotage (comité/commission d’identitovigilance) dans chaque établissement ou groupe
3. Les hôpitaux déclinent leur politique institutionnelle à travers des procédures notamment :
 - pour la recherche et la création d’une identité
 - pour le contrôle et la correction des identités
 - pour la recherche du dossier (informatisé) patient
 - pour la vérification de l’identité du patient avant un soin
 - la sensibilisation et la formation des acteurs hospitaliers
 - la sensibilisation et l’information des patients

4. Les hôpitaux réalisent une autoévaluation fin 2014 sur base d'une grille d'évaluation commune (qui sera développée par le groupe FHL « identitovigilance » et approuvée par la Commission d'Evaluation avant le 1^{er} avril 2014).

Cette autoévaluation portera notamment sur les aspects suivants :

- l'officialisation de la charte
 - l'existence d'une structure de pilotage fonctionnelle
 - le déploiement des procédures
 - le planning / plan de formation des acteurs hospitaliers
 - les actions de communication destinées aux patients
5. Les établissements hospitaliers élaborent des propositions d'indicateurs relatifs à l'identitovigilance. Sur base des propositions reçues, la Commission d'Evaluation arrêtera en 2014 les indicateurs nationaux relatifs à l'identitovigilance pour le programme IQ 2015.

3.2.3.2. MODULE « SÉCURITE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE »

Le concept de la Sécurité de la prise en charge médicamenteuse doit assurer au bon patient, l'apport du bon médicament, selon la bonne posologie, selon la bonne voie d'administration, au bon moment, avec la bonne documentation et au meilleur coût (réf. HAS).

Le circuit du médicament inclut et comporte les éléments suivants :

- Prescription
- Dispensation (ensemble de l'activité pharmaceutique)
- Préparation & Administration (information et surveillance incluses)

La Commission d'Evaluation a constaté les disparités suivantes :

- Disparité des moyens de prescription :
 - Prescription manuscrite
 - Prescription informatisée
- Disparité des systèmes de dispensation des traitements :
 - Dispensation globale
 - Dispensation nominative journalière centralisée et non automatisée
 - Dispensation nominative journalière centralisée et automatisée
 - Dispensation nominative hebdomadaire centralisée et non automatisée

Les établissements hospitaliers sont conscients des défis liés à la sécurité de la prise en charge médicamenteuse et se sont déjà engagés dans le développement de démarches de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse avec, entre autres :

- la mise en place de l'analyse pharmaceutique des prescriptions
- l'aide à la prescription et à l'administration

COMMISSION D'ÉVALUATION FHL – CNS

Secrétariat : 5 rue des Mérovingiens | Z.A. Bourmicht | L-8070 BERTRANGE | Tél. : +352 42 41 42-11 | Fax : 42 41 42-81 | E-mail : sylvain.vitali@fhflux.lu | www.fhflux.lu

- le développement de la Pharmacie clinique (avec présence d'un pharmacien dans l'unité de soins, éducation thérapeutique du patient, formation du personnel)
- l'analyse des erreurs médicamenteuses (REMED)
- l'informatisation / automatisation

La Commission d'Évaluation a retenu qu'il est indispensable d'aider les établissements à :

- identifier, au travers des critères abordés, des niveaux de risque (sans pondération de criticité) tant au niveau de la pharmacie hospitalière qu'au niveau des différentes unités de soins
- dégager les enjeux, à planifier et à mener les actions d'amélioration nécessaires
- en mesurer la progression

La Commission d'Évaluation a retenu qu'il est prématuré de déterminer des indicateurs de résultat pour 2014.

TÂCHES A REALISER EN 2014 :

1. Pour le 1^{er} juillet 2014 au plus tard les hôpitaux :

- réalisent un self assessment multidisciplinaire (le périmètre, la méthodologie, le guide d'utilisation et les moyens d'informations seront développés par le groupe FHL et validés par la Commission d'Évaluation avant le 1^{er} février 2014) avec les outils ArchiMed (pharmacies hospitalières) et Inter Diag (unités de soins) en établissant :
 - Cartographie des risques
 - Pourcentage de maîtrise des risques
 - Pondération des efforts à fournir pour maîtriser le risque

2. Pour le 31 décembre 2014 au plus tard les hôpitaux :

- traitent et analysent les données recensées aux niveaux local et national
- proposent à la Commission d'Évaluation un programme d'amélioration et d'action national pour le programme IQ 2015
- Les établissements hospitaliers élaborent des propositions d'indicateurs relatifs à la sécurité de la prise en charge médicamenteuse. Sur base des propositions reçues, la Commission d'Évaluation arrêtera en 2014 les indicateurs nationaux relatifs à la sécurité de la prise en charge médicamenteuse pour le programme IQ 2015.

3.3. CONTENU 2014-3

- Les indicateurs nationaux retenus par la Commission d'Évaluation FHL-CNS seront à suivre en 2014 et à produire par les établissements selon le listing ci-dessous :
 1. Taux de réhospitalisation dans le même établissement hospitalier dans un délai de 28 jours après la sortie du patient vivant de l'hôpital pour le chapitre 4 ICD 10 "maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques" E00-E90
 2. Taux de réhospitalisation dans le même établissement hospitalier dans un délai de 28 jours après la sortie du patient vivant de l'hôpital pour le chapitre 5 ICD 10 "troubles mentaux et du comportement" F00-F99
 3. Taux de réhospitalisation dans le même établissement hospitalier dans un délai de 28 jours après la sortie du patient vivant de l'hôpital pour le chapitre 6 ICD 10 "maladies du système nerveux" G00-G99
 4. Taux de réhospitalisation dans le même établissement hospitalier dans un délai de 28 jours après la sortie du patient vivant de l'hôpital pour le chapitre 9 ICD 10 "maladies de l'appareil circulatoire" I00-I99
 5. Taux de réhospitalisation dans le même établissement hospitalier dans un délai de 28 jours après la sortie du patient vivant de l'hôpital pour le chapitre 11 ICD 10 "maladies de l'appareil digestif" K00-K93
 6. Taux de réhospitalisation dans le même établissement hospitalier dans un délai de 28 jours après la sortie du patient vivant de l'hôpital pour le chapitre 13 ICD 10 "maladies du système ostéo-articulaire, muscle, tissu conjonctif" M00-M99
 7. Taux de réhospitalisation dans le même établissement hospitalier dans un délai de 28 jours après la sortie du patient vivant de l'hôpital pour le chapitre 15 ICD 10 "grossesse, accouchement et puerpéralité" O 00-O 99
 8. Taux de réhospitalisation dans les autres hôpitaux aigus au GDL, hors rééducation, dans un délai de 28 jours après la sortie du patient vivant de l'hôpital pour tous les groupes ICD 10 Indicateur fourni par la CNS
 9. CHNP : nombre moyen de réadmissions stationnaires dans le cadre d'une réhabilitation psychiatrique
 10. CHNP : Délai moyen de réadmission en réhabilitation psychiatrique
 11. CFB : Taux de patients suivis dans le registre de morbi-mortalité
 12. Taux de mortalité avec les ESJM
 13. Taux de mortalité sans les ESJM
 14. Incidence annuelle des bactériémies par 1000 journées de cathéters centraux en soins intensifs

COMMISSION D'ÉVALUATION FHL – CNS

Secrétariat : 5 rue des Mérovingiens | Z.A. Bourmicht | L-8070 BERTRANGE | Tél. : +352 42 41 42-11 | Fax : 42 41 42-81 | E-mail : sylvain.vitali@fhlux.lu | www.fhlux.lu

15. Incidence annuelle des infections urinaires par 1000 journées de sondage urinaire en soins intensifs
16. Incidence annuelle des pneumonies par 1000 journées d'intubation en soins intensifs
17. CFB : Taux d'infections urinaires nosocomiales
18. Pourcentage de journées patients, suivant un échantillon représentatif de l'activité annuelle, évaluables avec l'échelle EVA présentant un score douleur au cours de la journée égal ou supérieur à 4
19. Taux de journées d'hospitalisation avec douleur soulagée
20. CFB : Taux de patients avec douleur soulagée lors de la prise en charge au CFB
21. Taux d'escarres
22. Taux de chutes
23. CFB : Taux de chutes des patients pris en charge au CFB
24. Taux de césariennes
25. Taux de césariennes programmées
26. Incidence des contentions physiques
27. Taux moyen global de gain d'indépendance fonctionnelle en fonction de l'indépendance fonctionnelle à l'entrée
28. Taux moyen de gain d'indépendance fonctionnelle en fonction de l'indépendance fonctionnelle à l'entrée lors d'une rééducation neurologique post-AVC
29. Taux moyen de gain d'indépendance fonctionnelle en fonction de l'indépendance fonctionnelle à l'entrée lors d'une rééducation post orthopédique
30. CFB : Taux global de toxicité aiguë au cours de l'irradiation du sein
31. CNRRF : Taux de retours à domicile
32. Taux d'absentéisme annuel global pour l'ensemble des personnels
33. Fréquence moyenne globale de l'absentéisme pour l'ensemble des personnels
34. Durée moyenne de l'absentéisme pour l'ensemble des personnels
35. Taux d'accidents par exposition au sang et autres liquides biologiques par ETP
36. Taux d'accidents par exposition au sang et autres liquides biologiques pour le personnel de la catégorie soins
37. Taux d'occupation moyen global sur les lits autorisés
38. Taux d'occupation moyen global sur les lits ouverts

COMMISSION D'ÉVALUATION FHL – CNS

Secrétariat : 5 rue des Mérovingiens | Z.A. Bourmicht | L-8070 BERTRANGE | Tél. : +352 42 41 42-11 | Fax : 42 41 42-81 | E-mail : sylvain.vitali@fhflux.lu | www.fhflux.lu

39. Taux de dépassement du total des frais fixes réels opposables par rapport au budget des frais fixes négocié avec la CNS
 40. Taux de dépassement du total des frais variables réels opposables par rapport au budget des frais variables négocié avec la CNS
 41. Durée moyenne de séjour globale de l'établissement sans les ESJM
 42. Taux d'interventions chirurgicales pour cataracte faites en hospitalisation de jour (ESJM) Indicateur fourni par la CNS
 43. Taux d'interventions chirurgicales pour hernie inguinale faites en hospitalisation de jour (ESJM) Indicateur fourni par la CNS
 44. Taux d'interventions chirurgicales pour stripping de varices faites en hospitalisation de jour (ESJM) Indicateur fourni par la CNS
 45. Taux d'interventions chirurgicales pour arthroscopie du genou faites en hospitalisation de jour (ESJM) Indicateur fourni par la CNS
 46. Délai moyen de facturation
 47. CNRFR : Délai moyen d'admission en hospitalisation
 48. Taux de dispositifs médicaux et médicaments achetés par l'hôpital sur base du maximum possible par rapport à l'offre du groupement d'achat
 49. Durée moyenne d'occupation d'une salle opératoire les jours ouvrables Indicateur fourni par le CRP-Santé
 50. Taux de couverture des lits par une distribution unit dose sur base d'une ordonnance médicale nominative par patient
 51. Pourcentage du coût des médicaments inscrits en l'année N dans le formulaire thérapeutique de l'hôpital
- L'établissement devra présenter les indicateurs de la liste ci-dessus selon un modèle uniforme.
 - L'établissement devra présenter les tendances des indicateurs sur les 5 dernières années.
 - L'établissement devra présenter son analyse des tendances au niveau des indicateurs ainsi que les actions éventuelles y relatives mises en place.

Pour la FHL, le2013

Pour la CNS, le 2013

Paul JUNCK
Président FHL

Paul SCHMIT
Président CNS