



RAPPORT D'ACTIVITÉ 2013

Membres FHL et le Conseil d'Administration	2
Le Président, le Secrétariat Général de la FHL et le Service Interentreprises de Santé au Travail (SIST-FHL)	4

1^{ière} partie

Introduction:	9
2013: L'expérience des réformes en cours	
Plateforme des Directeurs Médicaux	12
Plateforme des Directeurs Administratifs & Financiers	15
Commission Technique Financière FHL/CNS	
Commission Finances	
Achat Central	23
Normes / Qualité	28
Activités de la Plateforme des Directeurs des Soins	33
Cellule Physique Médicale	37
Ressources Humaines et Dialogue Social	42
Santé et Sécurité au Travail	44
Protection des données	45
SIST-FHL - Médecine du Travail	46
Relations publiques / Relations internationales	53
Vie interne de la FHL	67
BBC-FHL	68

2^{ième} partie

Annexes	69
---------	----

Membres FHL

(Etat fin 2013)



LES HOPITAUX MEMBRES DE LA FHL

NOM	ADRESSE	TEL.	FAX	E-MAIL / SITE WEB
Centre Hospitalier de Luxembourg				chl@chl.lu www.chl.lu
*) CHL - Hôpital municipal	4, rue Barblé · L-1210 Luxembourg	44 11-11	45 87 62	
*) CHL - Clinique pédiatrique	4, rue Barblé · L-1210 Luxembourg	44 11-3133	44 11-6116	
*) CHL - Maternité	4, rue Barblé · L-1210 Luxembourg	44 11-3202	44 12 22	
*) CHL / Clinique d'Eich	78, rue d'Eich · L-1460 Luxembourg	44 11 12	42 17 42	ce@chl.lu
*) CHL / Centre de l'appareil locomoteur, de Médecine du sport et de prévention	76, rue d'Eich · L-1460 Luxembourg	44 11-7500	44 11-7625	med.sport@chl.lu
Centre Hospitalier Emile Mayrisch				info@chem.lu www.chem.lu
*) CHEM, site Esch/Alzette	rue Emile Mayrisch · L-4240 Esch-sur-Alzette	57 11-1	57 11-65159	
*) CHEM, site Dudelange	rue de l'Hôpital · L-3488 Dudelange	57 11-1	57 11-65159	
*) CHEM, site Niedercorn	187, av. de la Liberté · L- 4602 Niedercorn	57 11-1	57 11-65159	
FFE / Hôpital Kirchberg	9, rue Edward Steichen · L-2540 Luxembourg	24 68-1	24 68-2009	www.chk.lu
Centre Hospitalier du Nord				chdn@chdn.lu www.chdn.lu
*) CHdN, site Ettelbruck	120, av. Salentiny · L-9080 Ettelbruck	81 66-1	81 66-3045	
*) CHdN, site Wiltz	10, rue G.D. Charlotte · L-9515 Wiltz	95 95-1	95 77 10	
ZithaKlinik S.A.	36, rue Ste Zithe · L-2763 Luxembourg	28 88-1	28 88-5900	klinik@zitha.lu www.zitha.lu
FFE / Clinique Ste Marie	7, rue Wurth Paquet · L-4350 Esch-sur-Alzette	57 123-1	57 23 43	csm.info@pt.lu
Clinique Privée du Dr E. Bohler S.A. de Luxembourg	5, rue Edward Steichen · L- 2540 Luxembourg	26 333-1	26 333-9003	www.cbk.lu
Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique				chnp@chnp.lu www.chnp.lu
*) CHNP d'Ettelbruck	17, av. des Alliés · L-9012 Ettelbruck	26 82-1	26 82-2630	
*) Centre Thérapeutique Useldange (alcoolodépendance)	14, rue d'Everlange · L-8707 Useldange	23 630 320	23 630 781	ctu@chnp.lu www.ctu.lu
*) Centre Thérapeutique Manternach (polytoxicomanie)	Syrdall Schloss · L-6851 Manternach	71 06 06	71 98 48	syrdallschloss@chnp.lu www.syrdallschloss.lu
*) Centre Thérapeutique Diekirch	1, rue Clairefontaine · L-9220 Diekirch	26 80 08 35	26 82 49 40	ctd@chnp.lu www.ctd.lu
Hôpital Intercommunal de Steinfort	1, rue de l'Hôpital · L-8423 Steinfort	39 94 91-1	39 82 73	www.his.lu

LES CENTRES NATIONAUX MEMBRES DE LA FHL

NOM	ADRESSE	TEL.	FAX	E-MAIL / SITE WEB
Centre François Baclesse, Centre National de Radiothérapie	rue Emile Mayrisch L-4240 Esch-sur-Alzette	26 55 66-1	26 55 66-46	www.baclesse.lu
INCCI, Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle de Luxembourg	2a, rue Barblé L-1210 Luxembourg	26 25 50-00	26 25 50-10	incci@incci.lu www.incci.lu
Centre National de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation, dit "REHAZENTER"	1, rue André Vésale L-2674 Luxembourg	26 98-1	26 98-2999	info@rehazenter.lu www.rehazenter.lu

LES INSTITUTIONS "MOYEN ET LONG SEJOUR" MEMBRES DE LA FHL

Maison de Soins de l'Hôpital Intercommunal de Steinfort	1, rue de l'Hôpital L-8423 Steinfort	39 94 91-1	39 82 73	www.his.lu
Centre Pontalize, membre du CHNP d'Ettelbruck	B.P. 111 L-9002 Ettelbruck	26 82-7000	26 82-4965	info@pontalize.lu www.pontalize.lu

AUTRE MEMBRE DE LA FHL

Les Saveurs de la Santé	9, rue Edward Steichen L-2540 Luxembourg	24 68-8015	24 68-2411	caroline.pirson@ffe.lu
--------------------------------	---	------------	------------	--

Le Président, le Secrétariat Général et le Service Interentreprises de Santé au Travail

(Etat fin 2013)



Président

M. Paul JUNCK



© Manuel Manrique

Secrétariat général

Secrétaire général

M. Marc HASTERT



© Manuel Manrique

Secrétariat

Mme Helene ALMEIDA, Secrétaire
Mme Danielle CIACCIA-NEUEN, Secrétaire
Mme Julie ILTIS, Secrétaire (CDD)
Mme Nathalie ILTIS, Secrétaire
Mme Rossana LIPPOLIS, Secrétaire
Mme Carole ONRAET, Secrétaire
Mme Paula ROSA, Secrétaire
Mme Edyta GURGUL, Coordinatrice pour le congrès



manque sur la photo: Nathalie ILTIS

© Manuel Manrique

Départements Achats, Economique, Juridique, Normes & Qualité, Statistique

Cellule économique / achat

Mme Laure PELLERIN, Conseiller économique
M. Luc WAISSE, Conseiller juridique

Cellule juridique

M. Luc WAISSE, Conseiller juridique
Mme Danièle WELTER, Conseillère juridique

Cellule Normes & Qualité et statistiques

M. Jean FERRING, Statisticien
M. Sylvain VITALI, Conseiller soins



© Manuel Manrique



© Manuel Manrique

Cellule «Physique médicale»

Dr rer. nat. Alex MEYER, Expert en physique médical, Responsable-coordonateur

Mme Christina BOKOU, Expert en physique médicale

M. Octavian DRAGUSIN, Expert en physique médicale

Dr Martine GRELOT-GENEAU, PhD, Expert en physique médicale

Mme Olga KAPHAMMEL, Expert en physique médicale

Dr Yassine BEN HDECH, PhD, Expert en physique médicale



Service Interentreprises de Santé au Travail (SIST-FHL)

Dr Anne-Marie BRAUN, Médecin du travail

Dr Carole PICARD, Médecin du travail

Dr Marie-Joseph RIONDE, Médecin du travail

Mme Yvette FRANK, Infirmière

Mme Agnès SABRI-PIKARD, Infirmière

Mme Christelle GOEURY, Secrétaire

Mme Nathalie ROLLIN, Secrétaire



Le conseil d'administration

(membres effectifs et suppléants - composition après AG 2013)



PRÉSIDENT Monsieur Paul JUNCK
VICE-PRÉSIDENT Monsieur Georges BASSING



© Manuel Manrique

Établissement

CHL
CHL
CHL
CHEM
CHEM
CHEM
FFE incl. CBK
FFE incl. CBK
FFE incl. CBK
CHdN
CHdN
CHdN
ZithaK
ZithaK
CHNP
HIS
CFB
INCCI
C.N.R.F.R.

Membre effectif

Prénom	Nom
Monique	BIRKEL
Romain	NATI
Jean-Paul	FREICHEL
Claude	BIRGEN
Michel	NATHAN
Serge	HAAG
Paul	WIRTGEN
Christian	OBERLE
Marc	SCHLIM
Georges	BASSING
Hans-Joachim	SCHUBERT
Jean-Paul	MESSERIG
Gunar	JAMROS
Philippe	TURK
Marc	GRAAS
Luc	GINDT
Michel	UNTEREINER
Jean	BEISSEL
Gérard	GRENOT

Membre suppléant

Prénom	Nom
Alain	ALBRECHT
Catherine	BOISANTE
Pierre	LAVANDIER
Daniel	CARDAO
Patrizia	ASCANI
André	ZWALLY
Claude	BRAUN
Paul	HOFFMANN
Béatrice	PETTIAUX
Marcel	BAULER
René	HAAGEN
Charles	BILDGEN
Tom	HENKELS
Gregor	BAERTZ
Frank	GANSEN
Fabienne	VALET
Gilles	SOMMERHALTER
André	PUTZ
Patrick	REINERT

COMMISSAIRES AUX COMPTES

Monsieur Luc GINDT
Monsieur Gilles SOMMERHALTER



1^{ière} PARTIE



2013: L'expérience des réformes en cours



Nul est besoin de rappeler l'importance de la réforme concrétisée par le vote de la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé et modifiant le code de la Sécurité Sociale et la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers. Les principaux chantiers mis en œuvre par cette réforme ont déjà été cités dans notre rapport d'activité 2012. Mais à la différence de l'année 2012 surtout axée sur des travaux préparatoires, il convient de souligner que les changements annoncés ont été mis en pratique en 2013. Tel fut le cas du nouveau système d'enveloppe budgétaire globale sur 2 années ou la préparation de contrats d'objectifs et de moyens à conclure avec la CNS, conformément aux dispositions de la convention cadre FHL/CNS telle qu'elle a été renégociée le 21 décembre 2012.

2013 fut également une année importante au niveau de la politique nationale avec la mise en place d'un nouveau gouvernement suite aux élections législatives anticipées. Le nouveau programme gouvernemental a retenu la continuation des efforts engagés pour faire face de manière efficace aux défis actuels et futurs dans un contexte économique très fragile. Les efforts engagés dans le secteur de la santé et des hôpitaux seront continués avec une volonté clairement affichée de progresser très concrètement vers des spécialisations et des mutualisations plus poussées dans un souci d'économies tout en préservant le niveau de qualité des services pour rester compétitifs face à l'ouverture des frontières.

L'année 2013 a donc été une année chargée pour le secteur hospitalier luxembourgeois confronté à un ensemble de dossiers dont certains méritent le qualificatif de majeurs. Ainsi par exemple:

- une première ébauche d'un projet de règlement grand-ducal pour un nouveau plan hospitalier national a été élaborée et discutée,
- l'introduction d'une enveloppe budgétaire globale pour les établissements hospitaliers,
- une organisation nationale pour certaines activités administratives, logistiques et auxiliaires médicales. Une organisation nationale des activités sera proposée chaque fois qu'une telle organisation permettra de réaliser, à qualité au moins égale, des économies ou d'offrir, à coût au plus égal, une meilleure qualité. Dans la convention conclue entre la Caisse Nationale de Santé et la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois en date du 21 décembre 2012, il a d'ores et déjà été convenu qu'une approche de mutualisation sera élaborée pour les activités suivantes – à savoir informatique, laboratoires et achat commun. Chaque projet de mutualisation se traduira dans un contrat d'objectifs et de moyens entre la FHL et la CNS, les discussions afférentes ayant débuté courant 2013,
- la renégociation de la convention collective de travail du secteur hospitalier qui devra permettre de repenser – ensemble et en concertation étroite avec nos partenaires sociaux – l'organisation et la gestion de nos ressources humaines afin de les adapter à un environnement en train d'évoluer (contraintes financières et européennes, nouvelle loi hospitalière, réformes dans la Fonction publique, ...) tout en gardant à l'esprit que la présence de collaborateurs motivés et qualifiés est essentielle pour le bon fonctionnement de nos hôpitaux,
- la transposition de la Directive 2011/24/UE du Parlement Européen et du Conseil du 09 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. Cette transposition sera partiellement déjà réalisée dans le cadre de la future loi relative aux droits et obligations du patient et aux droits et obligations correspondants du prestataire de soins de santé, portant création d'un service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé et modifiant la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers ainsi que la loi modifiée du 02 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel,
- la continuation des réflexions en cours pour la mise en place de médecins coordinateurs dans les hôpitaux avec une prise de position commune FHL – CNCM,
- les travaux préparatoires en vue de la mise en place d'un système de documentation médicale hospitalière avec la création d'une commission ministérielle consultative de la documentation hospitalière avec la participation de la FHL,
- l'organisation par la FHL les 28 et 29 novembre 2013 à Luxembourg du congrès de l'Association Européenne des Directeurs d'Hôpitaux (EAHM-AEDH-EVKD). Cet événement a rassemblé au nouveau centre de

conférences du Kirchberg (NCKK) plusieurs centaines de gestionnaires d'hôpitaux et de collaborateurs du monde hospitalier européen et luxembourgeois autour du thème «La gestion des hôpitaux en temps de crise; contraintes, challenges et opportunités»,

- etc.

La FHL a résumé sa position par rapport cette importante évolution dans un communiqué de presse diffusé courant 2013 dans la teneur suivante:

Depuis quelques années déjà, la FHL et ses membres sont conscients qu'une nouvelle ère s'est ouverte pour le secteur hospitalier qui se trouve confronté à un nombre impressionnant de défis, que ce soit au niveau financier, judiciaire, organisationnel ou européen.

Le secteur hospitalier n'a pas tardé à prendre ses responsabilités et nous voulons pour preuve que parmi les acteurs de la santé, les hôpitaux sont les seuls à avoir réussi au cours des dernières années à freiner de manière significative l'accroissement de leurs dépenses, ceci malgré l'augmentation et le vieillissement de la population protégée ainsi que le développement continu du progrès medicotechnique et scientifique.

Ceci est d'autant plus louable que dans notre système de santé actuel, seuls les hôpitaux vivent sous le régime d'une enveloppe budgétaire globale, ceci face à des patients bénéficiant d'une liberté de choix complète et d'un remboursement de frais quasi intégral et face à des médecins prescripteurs indépendants et jouissant du principe de la liberté thérapeutique.

Un tel fonctionnement en trois silos, où les hôpitaux sont les seuls à vivre dans un carcan financier strict et placé sous le contrôle de leurs autorités de tutelle, n'est pas durable.

En effet, le système actuel donne à l'hôpital une responsabilité de résultat sans lui accorder les outils de pilotabilité afférents et donc les résultats recherchés.

Pour parler dans un langage imagé, l'hôpital se trouve donc entre le marteau et l'enclume.

Cette problématique va encore s'accroître avec la mise en œuvre de la directive européenne sur les soins de santé transfrontaliers qui va «libéraliser» le secteur hospitalier européen.

Pour ce qui est des chantiers du ressort des hôpitaux, beaucoup a déjà été fait:

- collaborations et fusions,
- mutualisations d'activités: achat en commun (en place), informatique (en place), laboratoires (en préparation), etc.
- nouvelle gouvernance de la Fédération des hôpitaux luxembourgeois qui joue le rôle de plateforme d'échange et de concertation des hôpitaux en vue d'arriver à un accord sur les dossiers majeurs du secteur.

Face aux défis cités plus haut, ceci constitue un pas dans la bonne direction mais ne suffit pas.

C'est pourquoi, la FHL plaide pour une approche holistique impliquant et responsabilisant tous les acteurs du système à savoir patients, médecins et hôpitaux.

Ce n'est que par une action concertée de toutes les parties prenantes que nous arriverons à garantir un système de soins assurant des prestations de qualité et un accès égalitaire des patients aux soins.

Pour concrétiser et mettre en œuvre ces pistes de réflexion, une implication forte de tous les acteurs – y compris évidemment les autorités de tutelle – constitue un préalable indispensable.

Outre les chantiers évoqués ci-dessus et sur lesquels la FHL va continuer de travailler, les pistes de réflexion suivantes sont proposées en vue d'adapter notre système de santé aux nouvelles données nationale et européenne.

• SPÉCIALISATION DES HÔPITAUX

La FHL est consciente de la nécessité et de l'utilité d'évoluer vers la création de centres de compétences. La spécialisation des hôpitaux entraînera un changement de système par une concentration des prestataires tout en exigeant une mobilité accrue des patients. De même, elle relativisera le libre choix et entraînera une diminution des disponibilités régionales. Elle présuppose aussi une refonte de l'organisation médicale ainsi que de la nomenclature.

• ACTIVITÉ MÉDICALE – DOCUMENTATION HOSPITALIÈRE

A l'heure actuelle l'activité médicale est réalisée en considération d'un double système où, d'une part, le médecin facture ses prestations au patient suivant la nomenclature médicale en vigueur et, d'autre part, l'hôpital supporte les frais engagés par l'activité médicale librement choisie par le médecin (médicaments, implants, dispositifs médicaux, etc.), ainsi que la mise à disposition du personnel. A l'avenir, une seule facture (englobant à la fois les prestations hospitalières et médicales) pour une prestation hospitalière s'imposera.

Dans ce contexte, la mise en place d'une documentation hospitalière (CCAM et ICD10) devient indispensable, ceci dans un souci de transparence du système.

La finalité de ces mesures doit aboutir à la connaissance du coût global des prestations et permettre ainsi la pilotabilité du processus hospitalier.

- **«STEERING» - MÉDECINE HOSPITALIÈRE**

Une clarification du cadre régissant les relations hôpitaux/médecins, sur le plan des responsabilités, droits et devoirs de chacun dans la prise en charge des patients et la gestion de l'hôpital, doit être mise à l'ordre du jour.

Une discussion de fond sur les structures et responsabilités à l'intérieur des hôpitaux devra être menée pour faire passer l'organisation hospitalière d'une organisation fonctionnant en vases clos (trois silos sans véritable interconnexion) vers une organisation holistique incluant tous les acteurs du processus hospitalier.

- **ACTION SUR LA DEMANDE**

En réfléchissant à une action sur la demande – par exemple en responsabilisant mieux les patients et en donnant des incitatifs positifs aux médecins – un équilibre du système pourrait être atteint.

Les hôpitaux constituent le pivot de notre système de santé et les hôpitaux peuvent évoluer positivement dans le sens des objectifs de qualité, de transparence, de spécialisation et sont prêts à relever les défis financiers, judiciaires, organisationnels et européens, si les outils et le contexte dans lequel ils opèrent sont adaptés. Ceci est dans l'intérêt de nos patients – objectif prioritaire de toutes nos activités – ainsi que dans celui d'une gestion optimale des ressources financières mises à disposition par la communauté nationale.

C'est pourquoi, la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois demande une analyse de fond sur tous les dossiers évoqués ci-dessus à mener dans un esprit d'ouverture et de confiance réciproques avec toutes les parties prenantes du système hospitalier.

En 2013 la FHL a misé sur la communication et souhaite plus que jamais se faire entendre comme un acteur incontournable du paysage hospitalier luxembourgeois. Le nouveau site WEB de la FHL sera aussi la vitrine de notre activité, ensemble avec le périodique FHL-info qui est désormais aussi accessible depuis notre site www.fhlux.lu.

Activités de la plateforme des Directeurs Médicaux



Conformément aux lignes directrices de la nouvelle gouvernance de la FHL, une plateforme regroupant les directeurs médicaux des établissements membres a été constituée et a officiellement débuté ses travaux en 2012. Des réunions plutôt informelles avaient déjà été organisées en 2011 mais depuis 2013 la PF-DM dispose aussi d'un Secrétariat assuré par le Secrétaire Général de la FHL. Quand à la coordination de cette plateforme, elle incombe à Docteur Claude Birgen, Directeur médical du CHEM.

La mise en place du secrétariat pour cette plateforme a permis une meilleure traçabilité des activités de la PF-DM sur l'année 2013 alors qu'il n'avait pas été référé des activités de cette plateforme pour 2012. C'est la raison pour laquelle le présent relevé d'activités est réalisé pour les deux années 2012 et 2013.

MÉDECIN COORDINATEUR / RÉUNIONS CONJOINTES AVEC LA CONFÉRENCE NATIONALE DES CONSEILS MÉDICAUX (CNCM)

Le 17 juin 2013 la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL) et la Conférence Nationale des Conseils Médicaux (CNCM) ont adressé une lettre conjointe au Ministre de la Santé pour lui communiquer une proposition commune pour un texte à officialiser par voie de règlement grand-ducal relatif au statut, aux modalités de désignation et aux attributions du futur médecin-coordonateur pour les établissements où les médecins exercent en exercice libéral. Cette proposition de texte a été élaborée au niveau de la FHL par la PF-DM qui a rencontré à cet effet à plusieurs reprises les représentants de la CNCM. Le texte a été profondément discuté, analysé et reformulé avec tous les acteurs des terrains concernés. Il fut l'aboutissement d'un long processus de travail suite à un consensus matérialisé dans le texte qui a été communiqué au Ministre dans l'espoir qu'il en sera tenu compte dans la suite des travaux qui aboutiront au texte définitif.

ANALYSE SWOT CCT-FHL

Comme retenu au niveau du Conseil d'administration de la FHL, et en conformité avec la nouvelle gouvernance FHL, la PF-DM a procédé à une analyse SWOT du texte actuel de la CCT-FHL. La PF-DM a continué cette analyse au CA de la FHL en insistant sur le constat que notre secteur n'est pas suffisamment attractif pour les jeunes, ceci malgré les salaires élevés et la durée du temps de travail. Ceci prouve qu'il faut investir nos efforts pour des changements à d'autres niveaux. La qualité de l'environnement de travail est un élément essentiel à considérer. Nous devons entamer une nouvelle démarche Qualité liée à la CCT.

La CCT-FHL devrait aussi intégrer des dispositions plus favorables pour les gestionnaires. Actuellement les dispositions y contenues sont presque toutes uniquement «en faveur des salariés». Le patronat doit faire part de certaines revendications pour des améliorations à officialiser au niveau du texte de la CCT.

Deux notions devraient absolument figurer dans le texte de la CCT, à savoir:

- La notion de flexibilité du travail
- La notion d'évaluation.

ROADMAP SEIN / RHC ET RNC (REGISTRE HOSPITALIER ET REGISTRE NATIONAL DU CANCER)

Un malaise a été ressenti suite à la réception d'une lettre qui avait été adressée le 7 juin 2013 aux directions hospitalières: les sociétés savantes ont refusé de communiquer des données au CodAc et le Ministère essaye maintenant de les obtenir via les directions hospitalières.

Il fut constaté à la lecture du questionnaire qu'il n'est pas clair quels genres de réponses sont attendus pour certaines questions (p. ex. courbe d'apprentissage). D'autre part, les directeurs ne peuvent pas aller fouiller dans les dossiers.

Le RHC et le RNC sont actuellement en cours d'implémentation, un groupe de travail s'occupe de la standardisation des RCP, l'informatisation des RCP est au stade de balbutiements, un projet de documentation médicale avec présence dans les hôpitaux des DIM est à sa phase de début, les hôpitaux viennent de mettre en place des plateformes Cancer. Les données demandées seront fournies par toutes ces structures, mais celles-ci ne sont pas encore ou incomplètement fonctionnelles.

Sur proposition de la PF-DM il fut donc retenu d'organiser une réunion conjointe PF-DM avec les représentants FHL au CodAc Roadmap Sein, en présence de Dr Couffignal du CRP-Santé. Cette réunion a permis d'élaborer une version allégée du questionnaire Roadmap Sein. Cette version allégée a été présentée dans un deuxième temps aux représentants du Ministère au CodAc.

ENTREVUE AVEC L'ASSOCIATION LUXEMBOURGEOISE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE (ALEM)

La PF-DM a accueilli le 9 septembre 2013 les représentants de l'ALEM qui ont exposé un comparatif de la situation liée aux études en médecine dans différents pays européens (France, Allemagne, Belgique, Suisse, Autriche) et rendent attentifs aux problèmes suivants:

- La faiblesse des indemnités des médecins en stages
- Les droits et obligations des médecins stagiaires à l'hôpital
- La responsabilité des médecins stagiaires à l'hôpital
- Les difficultés de poursuivre des études à l'étranger en considération de barrières liées au numerus clausus de plus en plus en application à l'étranger.

L'ALEM a plaidé pour clarifier les points d'ombre et les problèmes soulevés.

L'ALEM s'est aussi très clairement positionnée pour la création d'une Medical School au Grand-Duché de Luxembourg. Les membres de la PF-DM ont déclaré rejoindre le point de vue de l'ALEM à ce propos.

Concernant les indemnités à prévoir pour les médecins stagiaires, les membres de la PF-DM ont expliqué aux représentants de l'ALEM qu'ils comprennent le souci des étudiants en médecine mais ils ont rappelé qu'il faudra que les organismes de tutelle prennent position quant au mode de financement et aux enveloppes à débloquer.

RELATIONS AVEC LA CNS ET AVEC LE LNS

- Prise en charge des analyses génétiques

Suite à l'envoi par le LNS d'une lettre circulaire aux responsables des laboratoires privés et des laboratoires hospitaliers, il fut retenu en PF-DM d'envoyer une lettre FHL au Président de la CNS concernant la non-prise en charge de certaines analyses génétiques:

La lettre de la CNS informait qu'à partir du 1^{er} août 2013 le LNS facturera diverses analyses y énumérées car dorénavant plus prises en charge par la CNS. Cette lettre circulaire faisait suite à une lettre de la CNS au LNS en date du 6 juin 2013.

Les hôpitaux membres de la FHL ont exprimé dans la lettre précitée à la CNS qu'ils sont mécontents de cette décision qui constitue une dangereuse dérive, sachant que les analyses de nature génétique sont une part essentielle de la médecine moderne. A titre d'exemple, le Plan Cancer insiste sur le volet prévention qui est indispensable au niveau des actions à entreprendre. Les hôpitaux sont aussi directement concernés dans le cadre des analyses liées à l'ambulatoire qui seront à répercuter sur le patient extrahospitalier. Les hôpitaux sont d'avis que la prise en charge de ces analyses ne saurait tout bonnement être opposée aux patients, au risque d'une médecine à deux vitesses. D'autre part, la limite entre le curatif et le préventif est assez floue et il serait hasardeux de classer certaines analyses dans un domaine ou dans l'autre sans autres considérations. La FHL a donc plaidé pour une prise en charge se référant à une utilisation sur base de critères scientifiques établis et validés par un conseil scientifique et est intervenue officiellement auprès des instances concernées afin qu'elles reconsidèrent leurs décisions.

- Problème de l'archivage des ordonnances originales des demandes d'analyses Labos (et RX):

Il fut retenu en PF-DM d'envoyer une lettre FH au Président de la CNS pour prendre position par rapport à la lettre circulaire du 24 mai 2013 de la CNS concernant l'objet sous rubrique en vue de trouver une solution qui pourrait être acceptable de part et d'autre.

Il a été expliqué dans la lettre de la FHL qu'un archivage papier est désuet à une époque où nous devons cibler à chaque fois que possible un archivage électronique, ceci tant pour des raisons d'efficacité que pour des raisons de coûts. Si toutefois un archivage papier serait incontournable pour des raisons de nature juridique, il faudra se mettre d'accord sur un délai d'archivage raisonnable et non considérer simplement une durée indéterminée.

La FHL a exprimé le souhait d'un accord sur une procédure prévoyant des modalités établies en considération des aspects pratiques et des coûts y relatif.

AUTRES SUJETS ABORDÉS EN PF-DM COURANT 2012-2013:

PRISE DE POSITION PAR RAPPORT À LA RÉFORME DE LA LOI IVG

Prise de position de la PF-DM par rapport aux travaux du groupe ministériel ad hoc «réforme IVG».

DOCUMENTATION HOSPITALIÈRE

Lancement des réflexions en vue d'un suivi des travaux de la Commission consultative de la documentation hospitalière (CCDH).

PHYSIQUE MÉDICALE

Mise en place d'un pilotage PF-DM, en collaboration avec la PF-DS, de l'activité EPM de la FHL, le Comité de pilotage Physique Médicale devant passer le relai en ce sens début 2014.

ETC.

Plateforme des Directeurs Administratifs & Financiers



COMMISSION TECHNIQUE FINANCIÈRE FHL/CNS COMMISSION FINANCES

1. MISSIONS

L'activité hospitalière est fonction de sa patientèle, complexe et variée, et se doit de pouvoir évoluer dans le temps pour intégrer les progrès techniques et offrir un service de qualité. L'adéquation des besoins et des budgets est en soi un exercice complexe, soumis à des principes de budgétisation et des modalités de comptabilisation/reporting actés par un ensemble de lois, de règlements et de conventions. Les pouvoirs publics assurent en majeure partie le financement des activités hospitalières.

Le bureau a pour mission de veiller à la bonne application des textes et à un financement adéquat des activités nouvelles ou existantes. Pour pallier à des manques ou dysfonctionnements, le bureau propose/développe des alternatives, puis les fait valider par les institutions concernées. Ce travail d'analyse et de réflexion se fait en étroite collaboration avec les établissements hospitaliers, la CNS et les organismes de gestion privés.

Sur le plan technique le bureau, plus particulièrement la cellule statistiques, réalise le traitement et l'analyse de données en relation avec l'activité, le personnel, le budget/les finances des établissements hospitaliers.

A titre d'exemple, le département contribue à l'analyse de l'évolution d'éléments budgétaires (frais de personnel, salaire moyen, enveloppe des investissements courants), aux calculs effectués dans le cadre de la négociation CCT, à la détermination de normes et au calcul de la charge de travail du personnel hospitalier, à l'analyse des économies réalisées au niveau de l'achat en commun.

Le bureau assure également, à la demande, une activité de conseil et de support auprès des établissements hospitaliers sur des questions ponctuelles ou des litiges d'ordre budgétaire.

2. ORGANE DE PILOTAGE: LA PLATEFORME DES DIRECTEURS ADMINISTRATIFS ET FINANCIERS (PF-DAF)

La PF-DAF travaille de manière transversale en s'appuyant en premier lieu sur les compétences administratives et techniques des différents services de gestion des établissements, et de manière concertée avec les responsables de l'activité médicale et des fonctions de support. Les actions engagées sont validées au niveau du conseil d'administration de la FHL.

3. GROUPES DE TRAVAIL

Les établissements et la CNS sont associés aux démarches via les différents groupes de travail:

- Commission Finances (CFIN),
- Commission Technique Financière (CTF), commission créée à partir du 1^{er} janvier 2013 et qui remplace l'ancienne Commission paritaire statistique,
- Groupe de pilotage CAEH.

Les principaux axes de travail sont pour 2013:

1. Suivi Convention cadre FHL/CNS,
2. Budgets
3. Comptabilité Analytique des Etablissements Hospitaliers
4. Facturations
5. Contrat d'objectifs et de moyens
6. Programme Incitants qualité
7. Enveloppes d'investissement
8. Directive concernant les droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers
9. Conventions (AWC, Van Breda/Cigna, Laboratoire)

4. EQUIPE

L'équipe en charge des dossiers Finances est constituée, du Conseiller Economique, du Statisticien et selon besoin, des Conseillers Juridiques et du Conseiller Soins. La multidisciplinarité de l'équipe permet un développement plus adéquat des activités et une meilleure prise en compte des besoins du secteur.

5. ACTIVITES

5.1. SUIVI CONVENTION CADRE FHL/CNS

La convention FHL/CNS vise à transposer les modalités pratiques de l'art. 74 et suivants du Code de la sécurité sociale suite à la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé et modifiant le Code de la sécurité sociale et la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

La FHL a pris l'initiative de refondre la convention cadre EHL/CNS et la nouvelle convention cadre a été signée le 21 décembre 2012 avec entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2013. Outre l'application de nouveaux principes budgétaires (enveloppe budgétaire globale) et comptable (projet CAEH), cette convention prévoit également l'établissement de contrats d'objectif et de moyens pour trois domaines (physique médicale, laboratoire et informatique).

Par rapport au texte initial, il a été constaté que certains points nécessitent des ajustements, des clarifications. De plus, le cahier des charges et le compendium conclus en exécution de la convention EHL/CNS de 1996 seront à adapter suite à la renégociation de la convention cadre.

ENTITÉS FONCTIONNELLES

Places de Surveillance patients ambulatoires

La FHL a proposé de rediscuter de la séparation de l'entité fonctionnelle «Places de surveillance». Une séparation de cette entité fonctionnelle entre les volets chirurgie, médecine interne et pédiatrie permettrait d'obtenir des tarifs moyens plus représentatifs des actes effectués. Cette demande rentre dans le cadre de la mise en application de la directive européenne concernant les droits des patients.

Endoscopie

La séparation de l'endoscopie de la polyclinique a déjà fait l'objet de discussion en 2004/2005. A l'époque l'endoscopie n'avait pas été séparée de la polyclinique à cause de l'impossibilité pour certains établissements de séparer les frais de l'endoscopie des frais de la polyclinique. Les dotations sont toutefois spécifiques. La commission des normes a déjà établi en 2006 une liste exhaustive des actes endoscopiques ainsi qu'une norme pour le calcul de la dotation de l'activité en question. Une EF Polyclinique endoscopique permettrait aussi de déterminer des tarifs plus réalistes étant donné que le tarif polyclinique moyen est beaucoup trop faible. De nouvelles discussions devront être menées en 2014.

PARTICIPATION STATUTAIRE KINÉSITHÉRAPIE

La CNS a adapté ces statuts concernant les passages kinésithérapie. Selon la règle, les patients qui reçoivent un traitement kinésithérapeutique (ambulatoire) suite à une hospitalisation devront payer une participation comme dans le secteur libéral. La modification des statuts de la CNS entre en vigueur le 1^{er} avril 2014. Les établissements devront désormais facturer le tarif kinésithérapie y inclus la participation à charge du patient à la CNS si applicable. Le montant global de la participation statutaire sera à régulariser avec la CNS à la fin de l'année au niveau du décompte d'exercice suite à un calcul effectué par la CNS.

AMORTISSEMENTS

La CNS propose que les établissements établissent eux-mêmes le tableau d'amortissement afin d'éviter les distorsions entre données budgétaires et données comptables. Il est noté que la convention cadre n'est pas cohérente concernant l'amortissement et la subvention d'amortissement et devrait en ce sens être adaptée.

Dans le cas des projets qui sont financés à 80% par l'Etat, la CNS demande de recevoir la subvention d'amortissement relative à la partie financée par le ministère de la santé ventilé par projet. Actuellement certains établissements n'indiquent que le total.

5.2. BUDGETS

ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE 2013/2014

La loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé prévoit l'introduction d'une enveloppe budgétaire globale. Le règlement grand-ducal du 11 août 2011 concernant l'enveloppe budgétaire glo-

bale détermine les dépenses et frais des établissements hospitaliers qui sont couverts par l'enveloppe en question. L'enveloppe budgétaire globale ne remplace pas les budgets individuels des établissements hospitaliers.

Le gouvernement fixe la progression de l'enveloppe budgétaire globale en se basant sur un rapport d'analyse prévisionnel sur l'évolution des dépenses du secteur hospitalier pour les deux années à venir établi par l'inspection générale de la sécurité sociale (IGSS). Ce rapport a été publié par l'IGSS en septembre 2012. Le conseil de gouvernement a retenu dans sa réunion du 27 septembre 2012 une progression de 3,5% pour l'année 2013 (812,1 millions €) par rapport au total des dépenses estimées à charge de la CNS de l'année 2012 (784,6 millions €) et une progression de 3% pour l'année 2014 (836,4 millions €) par rapport à l'enveloppe globale 2013.

Le règlement stipule que la CNS prévoit lors des négociations une réserve pour imprévus, ne pouvant dépasser 2% de l'enveloppe globale. Cette réserve est à déduire de l'enveloppe. En plus de cette réserve, la CNS déduit encore un certain montant pour la prime annuelle, les pensions complémentaires et les indemnités pour médecins de garde. Le «Solde à disposition pour budgets individuels FF et FV» s'élève à 790,2 millions € en 2013 et à 811,7 millions € en 2014.

SUIVI BUDGÉTAIRE 2013/2014

La CNS souhaite un suivi budgétaire sur ces trois volets:

1. Suivi du nombre ETP
2. Suivi budgétaires frais fixes de l'année
3. Suivi mensuel des frais variables.

Elle prévoit un recensement semestriel des frais fixes et un recensement mensuel pour les frais variables et les ETP. Afin de créer une cohérence avec le calcul du salaire moyen, les ETP moyens et les intérimaires seront à indiquer. Pour les frais variables, les établissements qui calculent la cascade mensuellement pourront indiquer les frais variables directs et les frais variables indirects. Pour les autres établissements, les frais variables directs seront suffisants.

La CNS prévoit d'affiner et d'informatiser le suivi budgétaire à partir des années 2015/2016. Ce sujet sera suivi en CTF.

RECTIFICATIONS 2013/2014

Problématique DIM

Le financement du service documentation hospitalière est à clarifier et la CNO doit avancer au niveau de l'établissement d'une norme. La CNS a précisé que le financement du service est prévu dans la réserve de l'enveloppe budgétaire globale 2013/2014. Elle désire néanmoins attendre que la Commission Consultative de la Documentation Hospitalière prenne des décisions plus concrètes avant d'entamer les discussions sur cette norme. Les détails de la mission (activité, charge de travail, échéance, formation du personnel, ...) sont à préciser. Cette norme pourra être appliquée rétroactivement à l'année 2013. Le planning prévoit que la norme soit finalisée au premier avril 2014.

La CCDH a arrêté le protocole relatif à la phase test. Celle-ci devrait commencer le 1^{er} décembre 2013 et durer 6 mois: mise en place du système (2 mois) et codage systématique des séjours inclus dans l'étude (4 mois). Il est prévu de tenir compte du plus grand nombre possible de spécialités médicales. Le nombre de spécialités considérées lors de la phase test sera quand même limité de façon que moins que 25% des dossiers seraient recensés.

Les établissements hospitaliers souhaitent la mise en place d'une norme pour 2014 ou à défaut d'une rectification budgétaire. Certains établissements ont déjà commencé avec les travaux de préparation (engagement et formation des salariés). Le Conseil d'administration de la FHL dans sa réunion du 12 novembre 2013 a retenu de transmettre officiellement une demande de rectification générale pour les ressources engagées en 2013 dans le cadre du projet DIM. La lettre de demande de rectification a été envoyée début janvier 2014. Suivant la convention FHL/CNS, la FHL disposera jusqu'à fin avril 2014 pour étoffer si besoin le dossier y relatif permettant d'établir une norme.

Rectification générale 2013/2014 / CCT

La demande de rectification générale des budgets 2013 et 2014 résulte de l'augmentation du pécule de vacances à payer en 2013 et 2014 de 19 points pour le porter de 77 à 96 points indiciaires. Les 19 points correspondent à la transposition dans le secteur FHL du jour de congé de récréation supplémentaire introduit dans la Fonction Publique à partir de l'année 2009. Cette mesure a été valorisée à 0,46% de la masse salariale globale dans le rapport de l'IGSS en vue de la détermination de l'enveloppe budgétaire globale des hôpitaux pour les années 2013 et 2014. Le protocole d'accord avait été signé le 21 décembre 2012.

ACCORD CONCERNANT LES MODIFICATIONS DE TARIFS LORS DU DÉCOMPTE D'EXERCICE À METTRE SOUS BUDGETS

La CNS a constaté une incohérence au niveau de la loi sur la réforme des soins de santé de décembre 2010. Celle-ci prévoit que les décomptes sont à établir au plus tard douze mois après l'année concernée. Or les établissements peuvent émettre des factures jusqu'à 24 mois après clôture de l'exercice, donc jusqu'à 12 mois après l'établissement du décompte.

En accord avec les établissements hospitaliers, il est retenu qu'en cas d'adaptation d'un tarif lors du décompte, les unités d'œuvre encore à facturer seront facturées selon l'ancien tarif car le système informatique de la CNS ne permet pas de prévoir deux tarifs pour une UO pour une même année. Le différentiel sera réglé après les deux ans dans le cadre de la réserve. Les établissements devront informer la CNS lors du décompte de l'activité encore à facturer.

Le volume d'unité d'œuvre concerné est relativement faible et seul le différentiel entre l'ancien et le nouveau tarif sera réglé après les deux ans.

CR DES RÉUNIONS CNS/FHL (ÉTABLISSEMENTS)

Il est retenu d'établir les Comptes Rendus (CR) de toutes les réunions CNS/établissements et en particulier les réunions de négociation pour lesquelles il n'existe actuellement pas de CR validés. La CNS établira ces CR et les transmettra aux établissements hospitaliers. Ces derniers auront trente jours pour proposer des modifications, rajouts et clarifications. Sans réponse de la part de l'établissement concerné, le CR sera considéré comme validé par les deux parties.

L'objectif de la CNS est d'éviter des litiges résultant de la non-existence de CR validé. En effet, il n'est actuellement pas possible de retracer après des années par exemple lors de l'établissement des décomptes ce qui a été dit lors d'une réunion/négociation budgétaire, notamment les engagements pris par la CNS respectivement les établissements hospitaliers concernés.

PLANNING BUDGET 2015/2016

Les établissements devront remettre leur demande budgétaire 2015/2016 pour le 30 juin 2014. La FHL est d'avis que les calculs du CRP-Santé relatifs aux normes/charges de travail devront être finalisés au plus tard pour la mi-avril. La Commission des Normes a proposé que les calculs du CRP-Santé soient à finaliser pour le 22 avril 2014 au plus tard.

Normalement, les audits d'activité de l'année 2013 représentent la base de calcul pour les budgets 2015/2016. Pour certaines entités fonctionnelles, les résultats ne seront pas disponibles (exemple Bloc Op), il faudra donc se baser sur l'audit 2012.

5.3. COMPTABILITÉ ANALYTIQUE DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

VOLET CAEH

L'IGSS a procédé en 2011 à un appel d'offre public pour l'engagement d'un consultant dans le cadre de l'établissement du nouveau plan comptable et d'une nouvelle comptabilité analytique. Elle a établi le cahier de charges en collaboration avec la CNS. Les travaux ont pour objectif:

- L'analyse et révision du plan comptable établi par la CNS et la Commission Finances et adaptation éventuelle en fonction de la comptabilité analytique.
- L'analyse de la comptabilité analytique actuelle des cinq hôpitaux généraux. L'établissement du «Kalkulationshandbuch» qui détermine la comptabilité analytique, la comptabilisation des frais et le calcul des frais par patient.
- La comptabilité analytique et détermination du coût par patient (principe).
- L'intégration des frais médicaux (faisabilité).

La mission a été attribuée à KPMG. Pour le suivi de ce projet, un comité de pilotage a été mis en place. Les 5 centres hospitaliers/hôpital général, la FHL, le Ministère de la Santé, la CNS et l'IGSS y sont représentés. Les travaux ont démarré en novembre 2011 et devaient se conclure au plus tard le 31 janvier 2013.

Le nouveau plan comptable est appliqué à partir du 1^{er} janvier 2013. Les budgets 2015/2016 seront à établir sur base du nouveau plan comptable et de la nouvelle comptabilité analytique.

KPMG a publié et finalisé les livrables suivants au cours de l'année 2012:

- Livrable 1: Plan comptable normalisé.
- Livrable 2: Inventaire comptabilité générale.
- Livrable 3: Propositions d'harmonisation des règles de comptabilisation.

- Livrable 4: Règles de comptabilité analytique observées dans les hôpitaux visés par l'étude.
- Livrable 5: Propositions d'harmonisation des règles de comptabilité.

Ces livrables ont été validés par le comité de pilotage.

Les travaux du groupe de pilotage CAEH ont en 2013 porté sur les livrables suivants:

- Livrable 6: Produits chers à imputer directement sur le patient.
- Livrable 7: Répartition des frais de personnel par type de prestation.
- Livrable 8: Schéma de calcul du coût hospitalier par patient.
- Livrable 9: Manuel des règles de calcul du coût hospitalier par patient.
- Livrable 10: Rapport sur la faisabilité de l'intégration des honoraires des médecins dans le coût hospitalier par patient.

Les membres du comité de pilotage CAEH ont travaillé sur le tableau de correspondance entre les rubriques budgétaires et le plan comptable et le compendium. Ils ont notamment clarifié les points suivants notamment au niveau du compendium:

- La subdivision des centres de frais respectivement des EF a été modifiée et l'ordre de ceux-ci au niveau de la cascade a été adapté.
- La procédure de modification du plan comptable.
- La comptabilisation des remboursements de la mutualité.
- La comptabilisation de la cotisation FHL respectivement la cotisation LuxITH.
- L'amortissement selon les infrastructures et équipements concernés.
- Les petites acquisitions.
- Le sang.
- Cuisine/cantine.
- La prise en charge des intérêts respectivement les subventions à recevoir.
- L'utilisation des comptes de consommables.
- La comptabilisation des dons et de la prime qualité.

Le dernier comité de pilotage qui a eu lieu le 18 avril 2013 a marqué la fin de la première phase du projet CAEH et de la mission de KPMG. Lors de ce comité de pilotage, la CNS a demandé aux représentants de la FHL de se positionner par rapport au Livrable 9 «Manuel des règles de calcul».

VOLET COLD RUN

La CNS a lancé avec l'accord des établissements hospitalier une nouvelle mission de consultance pour le projet CAEH baptisé COLD RUN. Les objectifs sont de soutenir et conseiller les établissements hospitaliers lors de la simulation de la cascade «nouvelle version» et lors la transposition de simulation du modèle de calcul coût par patient.

La mission telle que proposée par la CNS était initialement divisée en trois parties:

- Établir l'inventaire des activités non opposables et proposer une valorisation de ces activités.
- Mettre en œuvre la répartition analytique des charges et des produits en introduisant si besoins les adaptations jugées nécessaires.
- Evaluer le modèle de calcul du coût hospitalier par patient pour un échantillon de séjours et vérifier la plausibilité des résultats. Ce dernier volet ne sera finalement pas retenu à ce stade du projet en raison des connexions nécessaires avec le projet de documentation hospitalière.

Suivant le plan ci-dessus, le consultant aurait été chargé de réaliser:

- l'inventaire et la valorisation des activités non-opposables
- la mise en œuvre de la répartition analytique, assister les établissements dans l'adaptation de la cascade, proposer des solutions aux questions pour lesquelles le manuel ne donne pas réponses
- la mise en place du modèle de calcul du coût hospitalier par patient pour un échantillon de types de séjours et proposer des adaptations au modèle si nécessaire.

Les deux premiers points sont confiés à KPMG. Pour le troisième point, il est retenu de procéder comme suit:

- Définir de façon précise les règles de comptage des unités d'œuvre,
- Arrêter des listes exhaustives des consommables à imputer individuellement au coût par patient,
- Définir la méthodologie précise permettant d'imputer les frais de personnel au coût par patient.

La première tâche pourrait être effectuée par la FHL et la CNS respectivement le CRP-Santé. Les deux autres prestations seront à effectuer par un consultant.

La CNS a proposé que tous les établissements (y compris CHNP, le HIS et les établissements spécialisés exclus initialement du CP CAEH) établissent les simulations pour pouvoir trancher concernant des problèmes d'interprétation. Un Kick off meeting a eu lieu mi-septembre et sur base des discussions, la CNS a établi la trame de fichier pour le recensement des informations budgétaires. Le masque pour l'établissement de la cascade est finalement automatisé pour assurer une meilleure cohérence et mis à disposition des établissements début décembre. Le masque en question représente une charge de travail considérable pour les établissements. Il n'est pas possible de transférer les informations de leurs systèmes respectifs. Les établissements sont d'avis qu'une autre solution devra être trouvée à terme.

Ce masque constitue le premier pas vers l'introduction d'un format informatique standardisé pour le transfert des informations. La CNS souhaite à terme pouvoir effectuer une vérification simplifiée de la cascade. Les établissements devraient alors uniquement fournir les données primaires, c'est-à-dire les clés et les données des différents centres de frais principaux avant la répartition de la cascade.

5.4. FACTURATION

PROBLÈMES DE FACTURATION

Les établissements sont confrontés à un certain nombre de refus au niveau de la facturation à la CNS. Ces refus concernent souvent l'activité laboratoire extrahospitalière ou résulte d'un changement au niveau des services facturations hospitaliers et extrahospitaliers qui sont de plus en plus réticents à faire des corrections manuelles. En ce qui concerne l'activité extrahospitalière du laboratoire le système de facturation ne permet d'appliquer la règle des 24 heures/2 heures et d'identifier correctement les UO concomitantes si ceux-ci ont eu lieu dans un autre établissement.

Le 16 octobre 2014 a été organisée une réunion FHL/CNS pour discuter des problèmes constatés des deux côtés et pour identifier des solutions aux différents problèmes. Des solutions ont été retenues pour les différents problèmes. Il a été décidé de faire une réunion de suivi début 2014 afin d'analyser si les mesures proposées ont permis de résoudre les problèmes.

LABORATOIRE EXTRAHOSPITALIER: ADAPTATION DE LA RÈGLE

La CNS accepte de changer la règle des 24 heures/2 heures (une prestation laboratoire est considérée comme hospitalière, lorsqu'elle soit précédée d'une unité d'œuvre d'une autre entité fonctionnelle dans un délai de 24 heures, soit suivie d'une unité d'œuvre d'une autre entité fonctionnelle dans un délai de 2 heures) étant donné que dans un établissement les analyses laboratoires sont souvent suivies après deux à quatre heures d'une unité d'œuvre concomitante. La nouvelle règle 24 heures/4 heures sera appliquée à partir de 2014.

5.5. CONTRAT D'OBJECTIFS ET DE MOYENS

L'article 12 de la convention cadre FHL/CNS prévoit que la Commission Technique Financière élaborera des approches de mutualisation pour les trois activités suivantes: informatique, laboratoires, achat commun.

Chaque projet de mutualisation fera l'objet d'un contrat d'objectifs et de moyens entre la FHL et la CNS. La prise en charge des frais relatifs à ces activités se fera sous la forme d'achat de prestations appelées «activités nationales» inscrites dans les budgets hospitaliers. L'organisation de ces activités pourra se faire indifféremment à la FHL, dans les établissements hospitaliers ou dans toute autre structure apportant un support ou service à l'activité hospitalière.

Par rapport à l'accord cadre, la CNS a proposé de rajouter la physique médicale aux domaines sous contrat d'objectifs et de moyens.

Pour la CNS, les COM sont des instruments permettant de responsabiliser les établissements. Les financements accordés pour les COM par domaine de COM et par établissement sont à intégrer dans les budgets individuels des établissements. Les moyens mis à disposition par la CNS pour la réalisation d'un projet peuvent prendre la forme d'une cotisation à la FHL, d'un achat d'une prestation de services par l'établissement. L'obligation de la CNS de financer des projets de mutualisation est liée exclusivement à l'atteinte d'objectifs. Il faudra une restitution partielle ou intégrale des moyens mis à disposition au cas où les objectifs ne sont pas atteints.

Au niveau de l'organisation du document COM, il est proposé d'avoir une partie relative à l'organisation et aux résultats à atteindre et en annexe le détail de l'activité sous forme projet. Pour chaque projet, il y aura une fiche

qui documente les objectifs, indique les modalités organisationnelles et les résultats à atteindre. La réalisation des objectifs doit être vérifiable aux moyens d'indicateurs.

La rédaction d'une structure de document met en évidence plusieurs problématiques:

- L'art 12 de la convention FHL/CNS prévoit que «Chaque projet de mutualisation fera l'objet d'un contrat d'objectifs et de moyens entre la FHL et la CNS.» Il convient d'identifier qui va signer les COM: (1) la CNS avec la FHL ou (2) la CNS avec les établissements hospitaliers. Dans le cas 1, comment se formalise l'engagement des établissements?
- La participation des établissements dans le COM est à géométrie variable et fonction des projets. En effet, il est envisageable que les établissements ne participent pas nécessairement tous à toutes les activités mutualisés/nationales. Il faudra donc définir quel établissement est impliqué directement ou indirectement dans un domaine de COM. Dans ce contexte, l'engagement respectivement le non engagement de l'établissement doit être explicité.

Il est également recommandé

- par la CNS que la création potentielle de structures privilégie la mutualisation des ressources et ne génère pas de demandes additionnelles de financement en particulier au niveau des infrastructures et de leur gestion (frais de fonctionnement...)
- par la FHL qu'un système d'incitants au profit des établissements participant aux projets de mutualisation soit mis en place car c'est un élément fédérateur, un facilitateur pour mobiliser/motiver le personnel hospitalier et pérenniser l'action.

Pour structurer la démarche COM Achats, la CNS a pris l'initiative d'engager Ernst & Young pour la réalisation d'une étude du fonctionnement de l'achat central dans les autres pays et de le comparer à l'achat commun FHL. L'étude a été communiquée fin 2013.

Les COM ne pouvant être signés avant la fin 2013 et comme les montants sont déjà prévus dans les budgets des établissements, la CNS propose de préparer des contrats COM transitoires pour les années 2013/14 en attendant la validation des COM définitifs. Les contrats COM définitifs pourraient être établis ultérieurement.

5.6. PROGRAMME D'INCITANTS QUALITE

Le programme Incitants Qualité (IQ) prévoit pour 2014 la mise en place d'indicateurs de transparence et d'efficacité. Les travaux porteront sur l'application du plan comptable normalisé, l'application des règles de comptabilité générale et des travaux sur les articles chers. Les deux premiers volets seront à valider par le réviseur externe des établissements.

Application du plan comptable normalisé: La vérification de l'application du plan comptable normalisé fait déjà partie de la mission de base du réviseur d'entreprise. Le certificat standard établi par le réviseur serait normalement suffisant.

Application des règles de comptabilité analytique et application des règles de calcul de la cascade: le réviseur devra vérifier l'application des règles définies par le manuel des règles de calcul de la cascade budgétaire. Les éléments à vérifier et les modalités de contrôle seront convenus à l'avance. Il s'agira de domaines qui seront vérifiés en détail. Des conclusions du réviseur plus précises pourront permettre in fine une évaluation permettant de justifier le niveau de prime à allouer. La CNS propose de se focaliser en 2014 sur les domaines suivants:

- Imputation des frais de personnel.
- Cohérence entre les comptes annuels et la comptabilité analytique.
- Vérification de l'application des règles sur base de quelques centres de frais encore à déterminer.

Enregistrement nominatif des articles chers: dans le cadre d'un calcul du coût par patient: le programme incitant qualité prévoit que les établissements se donnent les moyens pour fin 2014 de mettre en œuvre l'enregistrement des médicaments chers, par patient et séjour, sur les deux segments suivants: «chimiothérapie ambulatoire» et «des implants pour du Bloc opératoire». Ce choix découle du fait que la chimiothérapie et le Bloc OP sont les deux entités fonctionnelles les mieux documentées. Dans le cas spécifique de la chimiothérapie, la CNS souhaiterait lister par patient les médicaments L01 prescrits. De manière générale, chaque établissement devra vérifier s'il est aisé de lister par patient les médicaments chers mais aussi les autres produits chers. En ce qui concerne le Bloc OP, les implants seront à imputer sur le patient. Un travail en amont de définition devra être réalisé (quelles catégories d'articles, quels ensemble d'éléments à considérer, quels montants considérer). Ce travail devra être réalisé en 2014.

5.7. ENVELOPPE D'INVESTISSEMENT

Il a été retenu que le sous-groupe en charge des travaux tacherait d'une part de cartographier ce qui est financé/ à financer et d'autre part de proposer un modèle de planification des investissements.

Plusieurs approches sont préconisées pour déterminer les besoins:

1. Approche comptable: déterminer les besoins par rapport aux contenus/volumes des différentes rubriques comptables pour l'amortissement, comparer ces données avec les montants déclarer aux assurances et documenter les écarts. Ces éléments (valeur brute, valeur nette et la valeur assurée pour 2012) sont à fournir par les services administratifs des différents établissements.
2. Approche technique: estimer les besoins futurs des hôpitaux pour les grands postes (froid, chaud, ascenseurs ...) sur base des actions des services techniques. Un modèle à remplir par les services techniques des différents établissements sera fourni par le CHdN.
3. Approche historique: établir l'inventaire et l'évolution des enveloppes sur les 15 dernières années en se basant notamment sur les projets de loi de 1976, 1990 et 1999.

Les résultats devront être disponibles courant 2014.

5.8. DIRECTIVE CONCERNANT LES DROITS DES PATIENTS EN MATIERE DE SOINS DE SANTE TRANSFRONTALIERS

La directive est applicable depuis le 23 octobre 2013. La CNS doit informer les patients étrangers non-résidents/ non-assurés CNS de la méthode en matière de tarif qui est appliquée, à charge des établissements hospitaliers de fournir à ces patients les prix/tarifs en cas de demande de renseignements de leur part. La directive précise que les tarifs appliqués dans le cas des patients étrangers ne doivent pas être discriminatoire par rapport aux patients résidents affiliés à la CNS. En l'absence de méthode de calcul du tarif moyen, la FHL a proposé de se baser pendant une phase transitoire sur la tarification RCAM qui a déjà été jugée par les tribunaux comme non discriminatoire.

Sur le plan budgétaire, les patients étrangers sont à considérer en tant que patients non-opposables. Dans le cas d'un traitement stationnaire, le patient aura besoin d'une autorisation préalable de la caisse de maladie de son pays d'affiliation et l'établissement facturera le traitement au patient. Dans le cas d'un traitement ambulatoire, la caisse de maladie du pays d'affiliation rembourse au patient le traitement à hauteur des coûts et selon les mêmes conditions que celles appliquées pour les soins dispensés sur son territoire.

5.9. CONVENTIONS

CONVENTIONS AWC ET VAN BRED/CIGNA

AWC a repris en 2012 une partie des activités précédemment gérées par Van Breda. Dans le cadre d'une clarification des différents aspects des procédures de prise en charge et de facturation, la FHL a entamé des discussions pour la mise en place d'une nouvelle convention sur base du précédent contrat. Sur le plan opérationnel, les communications entre institutions ne posent pas pour l'instant de problème. Sur le plan juridique, la rédaction des clauses prend du temps en raison pour ajuster les modèles anglo-saxon avec les contraintes de fonctionnement luxembourgeois.

Une approche similaire a été initiée pour Van Bred/Cigna à sa demande. Cigna est une compagnie d'assurances américaine avec laquelle Van Breda a fusionné.

CONVENTION LABORATOIRE

La nouvelle convention en cours de négociation prévoit que l'établissement qui fait le prélèvement est responsable de l'acte même si l'analyse est effectuée dans un autre établissement. L'établissement qui a fait le prélèvement doit facturer l'acte laboratoire à la CNS et l'établissement qui a fait l'analyse doit facturer celle-ci au premier établissement.

La CNS accepte que la FHL participe en tant qu'observateur à la négociation de la nouvelle convention, sous réserve d'un avis positif de la FLLAM.

L'achat central fait partie des activités-clés de mutualisation réalisées par les établissements membres de la FHL. Il s'agit de l'une des activités visées par l'article 12 de la convention-cadre FHL-CNS relatif à l'organisation nationale des activités.

L'achat central repose sur un réseau coordonné de groupements qui sont composés, en considération de leurs missions, de représentants des directions, d'acheteurs, de techniciens et d'utilisateurs, et qui sont assistés par le département achats de la FHL.

L'activité des groupements est encadrée par des processus définis dans le cadre de l'Assurance Qualité Achats déployée par la FHL.

Cette activité a principalement pour objet de définir la stratégie de l'achat central, d'appuyer la professionnalisation de la fonction achat promue par le secteur, et de réaliser les projets d'achat commun des établissements membres de la FHL.

1. ACTEURS

1.1. COMITÉ DE PILOTAGE ACHAT CENTRAL

Le CP Achat Central est, dans le cadre de la fonction achat central, l'organe stratégique. Il est présidé par un directeur d'établissement membre de la FHL (Président en fonction: Monsieur Jean-Paul Freichel, Directeur Administratif et Financier du CHL) et est composé de représentants de tous les établissements membres.

Les principales fonctions du CP Achat Central consistent à:

- proposer au Conseil d'Administration de la FHL la politique générale de l'achat central,
- superviser les actions des groupements d'achat,
- définir des positions communes sur des problématiques transversales de l'achat central,
- harmoniser la conception générale des projets dans les différents segments d'action.

1.2. GROUPEMENTS D'ACHAT

Les groupements d'achat sont les organes en charge de l'identification du potentiel d'achat commun et d'étude du marché. Ils sont potentiellement composés de représentants de tous les établissements membres de la FHL.

Les principales fonctions des groupements d'achat consistent à:

- identifier et recenser les initiatives de projets de marchés,
- identifier les opportunités et contraintes des projets,
- développer la connaissance du marché.

Dans ce contexte, les principaux axes de travail sont:

- le partage d'information et d'expérience entre établissements et au niveau international,
- l'identification de best practices et des solutions contractuelles innovantes (ex.: contrats de coopération public-public, dialogue compétitif, accords-cadres, contrat performance, prise en compte de critères environnementaux dans les cahiers des charges),
- les travaux méthodologiques (tels que la discussion et le partage des trames des procédures et des documents contractuels),
- l'approfondissement des techniques de recours aux différentes procédures de passation de marchés.

Les groupements d'achat qui ont été en fonction en 2013 sont les suivants:

- Groupement d'achat de perfusions/médicaments,
- Groupement d'achat de produits médicaux,
- Groupement d'achat d'équipements médico technique.

1.3. GROUPES DE TRAVAIL

Les groupes de travail sont les organes qui réalisent les projets d'achat commun. Un groupe de travail mis en place dans le cadre d'un projet est composé de représentants des établissements participants à ce projet.

Leur composition est définie ad hoc, par projet.

Les principales fonctions des groupes de travail consistent à :

- approfondir la connaissance du marché sur l'objet précis du projet,
- préciser la définition des besoins pour établir des spécifications techniques,
- définir et valider les techniques et tactiques procédurales et contractuelles,
- effectuer les analyses des offres reçues dans le cadre des procédures d'achat commun,
- préparer les décisions d'attribution des marchés qui seront proposées à l'organe décisionnel.

Les groupes de travail suivants ont été actifs en 2013 :

- Groupement des pharmaciens-gérants (marchés de produits pharmaceutiques, cf. ci-dessous),
- Groupe de travail «amplificateurs de brillance»,
- Groupe de travail «déchets hospitaliers».

1.4. DÉPARTEMENT ACHATS DE LA FHL

Le département achats de la FHL effectue la coordination de l'activité achat central de la FHL. Il était composé en 2013 de conseillers FHL, à savoir 3 compétences part time pour un total d'1 ETP, avec un support secrétariat à hauteur de 0,5 ETP.

Les missions du département achats sont transversales au niveau des différents groupements, et au niveau des segments d'achat. Les principales fonctions du département achats sont de :

- conseiller les organes stratégiques et décisionnels, les groupements d'achat et les groupes de projet, sur les aspects juridiques, économiques et tactiques des dossiers,
- coordonner les actions des groupements,
- élaborer les livrables et documents des marchés communs,
- effectuer le suivi de l'exécution des marchés sur demande des établissements.

Dans ce contexte, elle accompagne les établissements à différents niveaux :

- définition en commun des besoins,
- conception des solutions contractuelles appropriées :
 - pour organiser les relations entre établissements en vue de la préparation et de la mise en œuvre des projets,
 - pour optimiser les potentiels économiques et qualitatifs des rapports contractuels avec les prestataires ou fournisseurs,
- mise en œuvre des projets, avec notamment pour missions :
 - de rationaliser les flux d'activité dans le cadre des groupes de travail qui constituent les moteurs des projets,
 - de rédiger la documentation contractuelle en concertation avec les groupes de travail,
 - d'animer les groupes de travail au stade de l'analyse des offres,
 - d'assurer le support administratif et juridique en cours de mise en œuvre des projets, et notamment de développer et mettre en œuvre les outils informatiques et documentaires appropriés, et de gérer les communications avec les opérateurs économiques et les administrations,
- support dans le suivi de l'exécution de projets,
- analyse de l'impact économique et qualitatif des projets.

2. OUTILS

2.1. «CENTRALE DE SERVICES ACHATS»

Le mécanisme conventionnel de coopération dans le cadre des projets d'achats communs mis en place en 2010 (convention de centrale d'achat) a été développé et standardisé depuis lors.

Ce mécanisme repose sur une extériorisation des aspects juridiques, administratifs et procéduraux des dossiers vers la FHL. Les missions de celle-ci sont dans ce contexte définies comme suit :

- sauf si l'objectif du projet consiste à acquérir des fournitures ou services en vue de la mise en place d'un service commun au niveau de la FHL, la FHL n'est pas partie au marché conclu sur base de la procédure,
- la FHL réalise les diligences procédurales à effectuer par le pouvoir adjudicateur aux termes de la loi sur les marchés publics et ses règlements d'exécution,

- la FHL est le point de contact unique des soumissionnaires pour toutes communications pendant la procédure de passation,
- la FHL prend les décisions nécessaires ou indiquées au cours et à l'issue de la procédure, les notifie et, le cas échéant, en communique les motifs,
- les représentants légaux de la FHL signent le ou les contrat(s),
- la FHL intervient, sur demande des Etablissements, afin d'effectuer le suivi du marché ou de défendre les intérêts des Etablissements dans le cadre de l'exécution du marché.

Un modèle uniformisé de convention de centrale d'achat a été appliqué dans tous les projets réalisés en 2013. Les conventions de centrale d'achat organisent les missions et actions des intervenants à partir du lancement des avis de marché ou des invitations à entrer en pourparlers, jusqu'au stade des décisions relatives à l'attribution des marchés. Les processus décrits ci-avant ont été, en 2013, modélisés et retranscrits dans des idéogrammes.

Les délégations de compétence du CA au Secrétaire Général de la FHL, rendues possibles par une résolution de l'AG de la FHL de 2012, ont continué à être appliquées dans les projets d'achat commun, avec la plus-value attendue, notamment en termes de flexibilité du timing des prises de décisions et de simplicité des flux et supports d'information.

2.2. ASSURANCE QUALITÉ ACHATS

Le volet «Assurance qualité achats» a constitué une mission transversale du département achats, qui a continué à progresser en 2013 sur les aspects suivants:

- familiarisation du terrain avec les procédures des marchés publics,
- expérimentation des techniques procédurales (types de procédures, méthodes d'analyses et cotation) et de techniques contractuelles (accords-cadres, gestion des inexécutions),
- standardisation des procédures d'achat quant à leurs phasage et leur contenu,
- mise en place de trames de documents-modèles (notamment avis de marché et cahiers spéciaux des charges),
- réalisation, après clôture des principales étapes des projets, de retours sur expérience dont le résultat a été «réinjecté» dans des projets ultérieurs,
- développement de méthodes de recueil et de consolidation de données,
- communication avec des acteurs de secteurs de la santé à l'étranger, dans un objectif de partage d'informations et d'expériences.

La mise en place d'une plate-forme de communication automatisée avec les établissements, en vue de simplifier les flux d'information, sera l'un des chantiers de l'activité Assurances Qualité Achats en 2014.

3. ACTIVITÉ MARCHÉS COMMUNS EN 2012

3.1. MARCHÉS CONCLUS EN 2012

3.1.1. RENOUVELLEMENT DU MARCHÉ «PRODUITS DE CONTRASTE ET EPO»

- établissements participants: CHEM, CHL, CHdN, FFE/HK, ZK,
- envelopure: 3.000.000.- € HT (2 ans),
- types de procédures: procédure ouverte pour les Lots où une mise en concurrence était concevable, procédure négociée pour les articles sous droits d'exclusivité,
- résultat économique: nouvelle baisse des prix et maintien global du niveau de qualité.

3.1.2. RENOUVELLEMENT ET EXTENSION DU MARCHÉ «MÉDICAMENTS DIVERS» (PROCÉDURES NÉGOCIÉES):

- établissements participants: CHEM, CHL, CHdN, CHNP, FFE/HK, ZK,
- envelopure annuelle: 6.500.000.- € HT (1 an),
- type de procédure: négociée sans publication d'avis (produits sous droits d'exclusivité),
- résultat méthodologique: préparation d'une motivation détaillée de la décision de recourir à une procédure négociée, élaboration et diffusion de conditions générales d'achat de médicaments, mise en place de techniques contractuelles variées pour impacter les prix,
- résultat économique: des économies sur prix total prévisionnel ont été réalisées malgré l'absence de concurrence.

3.1.3. RENOUVELLEMENT ET EXTENSION DU MARCHÉ «MÉDICAMENTS DIVERS» (PROCÉDURE OUVERTE):

- établissements participants: CHEM, CHL, CHdN, CHNP, FFE/HK, ZK,
- envelopure: 3.000.000.- € HT (2 ans),

- type de procédure: procédure ouverte,
- résultat économique: nouvelle baisse des prix et maintien global du niveau de qualité.

3.1.4. FOURNITURE DE MÉDICAMENTS DÉRIVÉS DU PLASMA HUMAIN:

- établissements participants: CHEM, CHL, CHdN, FFE/HK, ZK,
- enveloppe: 10.000.000.- € HT (4 ans),
- type de procédure: procédure ouverte,
- principale spécificité: coopération avec la Croix-Rouge luxembourgeoise («CRL») afin que celle-ci vende au fournisseur une partie significative de la matière de base (plasma) nécessaire à la production des fournitures vendues aux établissements,
- objectifs: assurer la continuité de l'approvisionnement en Fournitures à un rapport qualité/prix optimisé et à prix non révisable, et adhérer à la politique d'autosuffisance du Grand-Duché de Luxembourg en sang, en composants sanguins et en produits sanguins,
- Résultat économique: en 2013, le marché a été attribué à un fournisseur dont l'offre permettait une augmentation de la qualité pour un prix stable, sous conditions de la réalisation de certaines démarches nécessaires au maintien des autorisations de mise sur le marché des fournitures après inclusion du plasma collecté par la CRL dans leur matière de départ.

3.1.5. FOURNITURE DE 5 AMPLIFICATEURS DE BRILLANCE

- établissements participants: CHL, CHdN,
- enveloppe: 520.000.- € HT (investissement, hors maintenance),
- type de procédure: procédure ouverte,
- résultat méthodologique: mise en œuvre d'une technique incitant les soumissionnaires à la compétitivité par la massification, réitération de la technique de l'option obligatoire pour le contrat de maintenance avec garantie de durée d'activité (uptime), mise en œuvre pour la première fois dans le dossier «scanners» en 2012,
- résultat économique: économie estimée de plus de 20% par rapport à la valeur estimée initiale.

3.1.6. RENOUVELLEMENT DU MARCHÉ DES DISPOSITIFS À USAGE UNIQUE

- établissements participants: CHEM, CHdN, CHL, FFE/HK, ZK,
- enveloppe: 3.200.000.- € HT,
- procédure: restreinte sans publication d'avis,
- résultat méthodologique: mise en œuvre de techniques incitant les soumissionnaires à la compétitivité par la massification,
- résultat économique: prix et qualité globalement stables.

3.2. MARCHÉS EN PRÉPARATION EN 2013

- Fourniture de produits de nutrition entérale et de compléments nutritionnels:
 - établissements participants: CHEM, CHL, CHdN, CHNP, FFE/HK, ZK,
 - enveloppe: 600.000.- € HT,
 - type de procédure: procédure ouverte,
 - objectifs: massification, mise en concurrence, diminution des coûts, gestion de la commercialisation de nouvelles fournitures en cours d'exécution du marché,
 - statut du dossier fin 2013: préparation des documents de soumission en vue d'une publication de l'avis de marché mi-2014.
- Elimination des déchets hospitaliers infectieux:
 - établissements participants: tous,
 - enveloppe et procédure: à définir,
 - objectifs: massification et définition d'une solution nouvelle,
 - statut du dossier fin 2013: projet en cours avec le SIDOR pour examiner la faisabilité de l'élimination des déchets au SIDOR, recours par le SIDOR à un bureau d'ingénieurs-conseils pour exposer les solutions techniques envisageables.

4. PRINCIPAUX PROJETS DE MARCHÉS PRÉVUS POUR 2014

- Fourniture de 3 SPECT-CT et prestations de services associées,
- Fourniture de 2 tomodensitomètres (CT-SCAN), et prestations de services associées,

- Renouvellement et extension du marché «médicaments divers» (procédures négociées),
- Fourniture de produits de nutrition entérale et de compléments nutritionnels,
- Fourniture de produits de nutrition parentérale,
- Archivage PACS national,
- Mutualisation des data centers,
- Marché de fourniture d'énergie,
- Marché de services de gardiennage.

Hormis les projets de marché, les juristes du département achats seront impliqués dans la conception et la négociation du COM relatif à l'achat commun.

5. PROJETS INTERNATIONAUX

La FHL a participé en 2011 à une candidature collective, dans le cadre d'un programme d'accord de subvention par l'Union Européenne, pour participer à un projet d'achat mutualisé international de fournitures innovantes dans le domaine du «bien vieillir» (projet «HAPPI», «Healthy Ageing Public Procurement of Innovations»).

Cette candidature collective a été retenue.

Les acteurs sont les suivants:

- En tant que structure d'achats: Réseau des Acheteurs Hospitaliers d'Ile-de-France (Resah-idf) (France), Mercure Hosp' (Belgique), Società di Committenza Regione Piemonte (Italie), NHS Commercial Solutions (Royaume-Uni) et FHL.
- En tant qu'experts en PME, innovation et achats: BPI France, (France), Bitetic (Royaume-Uni), ICLEI (Allemagne),
- En tant qu'organisations académiques: Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (France), Università degli Studi di Torino (Italie).

Les principales «activités» du projet sont:

- identification et évaluation des produits et solutions innovants existant (étude de marché),
- étude de faisabilité d'une structure d'achat mutualisé entre pouvoirs adjudicateurs soumis aux lois de différents pays,
- mise en place de la structure choisie,
- mise en œuvre d'une procédure de passation de marché public,
- achat public conjoint d'une valeur de 2.500.000.- €.

L'intérêt pour la FHL est:

- de rentrer dans un réseau de centrales d'achat,
- de bénéficier de leur expérience,
- d'apprécier la faisabilité d'une structure d'achat international, ce qui paraît important pour le Luxembourg, notamment dans le cadre du «défractionnement» du marché intérieur communautaire,
- de développer une expérience dans les mécanismes d'achats innovants.

En 2013, les études juridiques ont été effectuées pour ériger la première structure de coopération transfrontalière d'achats publics hospitaliers. Le rapport de ces études a été envoyé à la Communauté européenne. Par ailleurs, une plate-forme informatique servant de support à une étude de marché au niveau européen a été mise en place pour étudier des solutions de healthy ageing en vue de définir des spécifications techniques de biens et de services innovants. Ces spécifications seront établies au premier semestre 2014 par des comités de techniciens et acheteurs hospitaliers et serviront de base à la mise en œuvre d'une procédure ouverte d'achat transfrontalier fin 2014.

1. ACTIVITÉS EN RELATION AVEC LA COMMISSION DES NORMES

L'année 2013 s'est caractérisée par des négociations difficiles avec la CNS ayant pour impact que les travaux en Commission des Normes n'ont pas pu être finalisés suivant le programme et la planification retenus qui étaient libellés comme suit:

La Commission fixe ses priorités de travail pour l'année 2013 en vue de l'élaboration du document des normes 2015/2016 à finaliser pour avril 2014:

1. Analyse d'impact PRN
2. Révision norme Kinésithérapie
3. Création norme pour les phases Pré- et Post accouchement
4. Révision de la norme pharmacie hospitalière en y intégrant le concept de la pharmacie clinique
5. Finalisation d'une norme pour les services policlinique et urgences
6. Création de normes pour les prises en charge semi-stationnaires notamment l'hôpital de jour chirurgie (chirurgie ambulatoire) et médecine
7. Norme administrative (forfaitisation)
8. Création d'une norme pour les services de documentation hospitalière (en garantissant que cette norme intègre l'ensemble des activités de documentation hospitalière: RNC, ICD, CCAM, MCT, registre périnatalité.

AD ANALYSE D'IMPACT

La FHL s'est clairement positionnée pour le maintien des mesures de charge de travail notamment dans les USN et USI en restant ouvert à une discussion sur la méthodologie de choix sur base d'objectifs et critères communs de part et d'autre.

Concernant les modalités et procédures en vigueur dans ce contexte et concernant notamment la validation de l'audit PRN par EROS, la FHL a mis en avant les problématiques notamment au niveau de la traçabilité des décisions prises par le validateur, la mise en doute de certaines prescriptions médicales et des notes soignantes dans le dossier du patient et une appréciation souvent unilatérale et à l'encontre des intérêts pour le patient sur le concept des soins requis.

La CNO retient d'attendre les résultats de l'audit 2012 avant de se prononcer sur les détails d'une analyse d'impact. De plus il a été rappelé qu'il y a toujours eu des variations à la hausse ou à la baisse par hôpital d'une année à l'autre et ceci, déjà avec la version PRN 87.

La CNS a pris position à un courrier lui adressé en 2012 par la FHL par rapport à sa vision de l'impact de la nouvelle version PRN.

En résumé la CNS ne peut pas partager l'avis de la FHL concernant l'impact probable de cette version du PRN sur les dotations en baisse dans certains établissements étant donné que selon elle les modalités d'audit et de validation n'ont pas fondamentalement changées et que selon M. Tilquin d'EROS on ne peut pas prouver que le changement de version engendre cette baisse de dotation au niveau national. Par contre on retrouve des variations entre différents unités de soins dans différents établissements hospitaliers.

La CNS a soutenu notre demande de demander à EROS de mettre à disposition de la FHL les temps par acte de la nouvelle version PRN.

Une demande officielle a été adressée dans ce sens à EROS. Leur réponse indiquait clairement leur refus à notre demande.

AD RÉVISION DE LA NORME KINÉSITHÉRAPIE

La FHL est revenu pour la 5ème fois en CNO avec une proposition de révision de norme qui respecte les nouvelles attentes de la CNS par rapport à la thématique et qui reprend de façon positive les critiques émises par la CNS suite à la dernière proposition. La FHL rappelle le contexte de ces travaux et les missions confiées par la CNO au groupe MCT Kiné.

On peut constater que la CNS – malgré que la proposition de la FHL réponde aux exigences de la CNS et aux missions confiées au groupe de travail de la FHL – continue à bloquer la mise en œuvre de cette nouvelle norme en se focalisant sur les modalités de validation.

La FHL a de nouveau dû rappeler que lors des dernières discussions à ce sujet, la CNS avait annoncé que le CRP-S ferait une étude sur les modalités potentielles de validation et les coûts y afférents. Etant donné que cette étude fait actuellement défaut, la FHL est d'avis que ce sera la CNS qui devra se positionner, si la proposition de la FHL quant aux modalités de recensement suffira à la CNS.

Les discussions sur les coûts éventuels de la norme seront à mener dans étape ultérieure, au moment où on disposera de données pouvant être utilisées pour les calculs de dotation.

On peut constater qu'en fin 2013, la CNS n'a toujours pas pris une position claire et explicite par rapport aux propositions de la FHL.

AD CRÉATION D'UNE NORME POUR LES PHASES PRÉ- ET POST ACCOUCHEMENT

La FHL présente le concept de prise en charge de la femme enceinte et du bébé élaboré sur base d'un mandat confié par la PF-DS à un groupe de travail intégrant l'ensemble des services de maternité du Luxembourg.

Il est mis en avant que ce concept s'intègre dans les recommandations émises par le comité de pilotage sur la surveillance de la santé périnatale au Luxembourg présenté en septembre 2013 et plus particulièrement les recommandations orientées vers les mères et les enfants au niveau de la préparation à la naissance et sa prise en charge financière.

La CNO – en attendant une position de la CNS – n'a pas pu conclure ce dossier en 2013.

AD RÉVISION DE LA NORME PHARMACIE HOSPITALIÈRE EN Y INTÉGRANT LE CONCEPT DE LA PHARMACIE CLINIQUE

Le groupe de travail FHL mandaté pour la réalisation de cette proposition a travaillé pendant plusieurs mois sur la thématique et a finalisé son dossier. La présentation de la vision FHL quant à cette révision de la norme a été reportée par la CNO à janvier 2014.

AD FINALISATION D'UNE NORME POUR LES SERVICES POLICLINIQUE ET URGENCES

La FHL attend depuis l'année 2012 la présentation des conclusions définitives suite à une enquête décidée par la CNO et pour laquelle le CRP-S a été mandaté.

Suite à plusieurs rappels et en constatant que le CRP-S n'était pas en mesure de livrer selon les attentes de la CNO, la FHL a souhaité et exigé que cette révision de la norme soit retiré des objectifs et du planning des axes de travail de la CNO.

AD CRÉATION DE NORMES POUR LES PRISES EN CHARGE SEMI-STATIONNAIRES NOTAMMENT L'HÔPITAL DE JOUR CHIRURGIE (CHIRURGIE AMBULATOIRE) ET MÉDECINE

La CNO, sur proposition de la PF-DS, a mandaté fin 2013 la FHL de déterminer des concepts de prise en charge standards et des normes de dotation notamment pour les activités suivantes:

- Cliniques monothématiques
- Consultations soignantes spécialisées
- Hôpital de jour (chirurgical / médical).

Les conclusions de ces groupes de travail après avoir été discutés en CNO seront à intégrer dans le document budgétaire 2015/2016.

AD NORMES ADMINISTRATIVES

La CNS avait rappelé qu'elle désirait de la part de la FHL une (contre-)proposition quant à leur vision pour la révision de la norme des services administratifs.

Un groupe FHL (sous-groupe PF-DAF) a été créé dans ce sens qui s'est réuni régulièrement en 2013 pour traiter cet aspect très complexe.

En fin 2013, on peut retenir que les travaux FHL en cours sont basés sur une approche de segmentation des activités.

AD CRÉATION D'UNE NORME POUR LES SERVICES DE DOCUMENTATION HOSPITALIÈRE

La FHL a précisé qu'elle désire axer ses réflexions pour une norme sur base d'une définition la plus exhaustive possible des missions et contenus des activités des services de documentation hospitalière. Il faudra considérer dans ces réflexions également toute autre activité de documentation hospitalière qui dépasse la codification

ICD et CCAM notamment tous recensements actuels et futurs (p.ex. périnatalité, traumatologie, ...). La conséquence logique en sera une norme dynamique qui pourra répondre aux évolutions des services de documentation hospitalière ainsi que des profils de fonctions appropriés.

Un groupe de travail FHL a été créé dans le dernier trimestre 2013 pour proposer une norme de dotation.

La CNS a rappelé qu'elle sera d'accord à normaliser les services de documentation hospitalière, dès que la CCDH aura finalisé l'ensemble des éléments relatifs à ce projet. La CNS précise qu'elle réfléchira sur l'opportunité de réduire un certain nombre d'audits afin de libérer des ressources pour doter le service de documentation hospitalière.

En conclusion on peut retenir que fin 2013, aucune proposition concrète de norme - ni rétroactivement pour 2013 ni pour 2014 comme convenu au préalable - n'a pu être discutée en CNO. La CNO ayant retenu que cette discussion devra avoir lieu avant avril 2014.

En résumé les travaux de la Commission des Normes sont cadrés par les objectifs suivants:

- Elaborer resp. réviser les normes de dotation pour le personnel des établissements hospitaliers
- Conseiller les établissements concernant les dotations en personnel
- Garantir la validité des données enregistrées
- Garantir la mise à jour permanente de l'outil PRN et des autres outils de mesure de charge de travail.
- En vue de la réalisation du document fixant les normes de dotation pour les budgets 2015/2016, la CNO retenait les priorités suivantes:
- Kinésithérapie – travaux finalisés par la FHL
- Salle d'accouchement – la FHL a finalisé le concept de prise en charge de la femme enceinte et du bébé et en cohérence avec les attentes du Comité de Pilotage de la Santé Périnatale au Luxembourg
- Pharmacie hospitalière – travaux FHL en cours, finalisation prévue fin 2013
- Norme administrative – travaux FHL en cours et basés sur une approche de segmentation des activités – finalisation non déterminée pour le moment
- Norme policliniques – toujours en attente du rapport CRP.

Au niveau des travaux et réalisations au niveau opérationnel on peut retenir e.a. les activités suivantes:

- Coordination et secrétariat de la Commission des Normes
- Calculs spécifiques de dotation sur base du PRN sur demande individuelle des établissements
- Détermination des consignes de réalisation des mesures de charge de travail pour 2014
- Détermination des années de référence des mesures de charge de travail pour le budget 2015/2016
- Préparation et suivi (en collaboration avec le CRP-Santé) des validations des facteurs PRN de l'audit 2012
- Analyse (en collaboration avec le CRP-Santé) des problèmes de cotation rencontrés lors de la validation
- Actualisation permanente du guide PRN en vigueur
- Vérification des calculs des mesures de charge de travail réalisés par le CRP-Santé (bloc op + dialyse + chimiothérapie)
- Détermination du cadre pour l'enquête pour la définition des heures à travailler en 2015 et 2016
- Travaux de coordination et préparation des groupes en vue d'élaboration de nouvelles normes, resp. de révision des normes existantes.

2. ACTIVITES EN RELATION AVEC LA COMMISSION D'EVALUATION

La Commission d'Evaluation (CE) a déterminé le programme qualité 2013, le dernier se basant sur l'ancienne version de la Convention Cadre FHL-CNS.

La Commission d'Evaluation a suivi la réalisation de l'assessment externe EFQM confié à mpool et ses experts évaluateurs.

Les rapports individuels des experts ont été transmis aux hôpitaux dans les délais fixés dans le contrat de prestation de services.

Aucun hôpital n'a procédé à un recours contre le rapport des experts-asseurs et du scoring RADAR obtenu.

Le scoring RADAR au niveau national montre une évolution positive avec une progression de 14% par rapport à l'assessment externe réalisé en 2011.

Le rapport national des asseurs suite à l'évaluation sur l'IQ 2012 a été mis à disposition de la Commission d'Evaluation fin 2013. Il devra être analysé et discuté courant 2014 par la CE.

Le niveau de prime nationale sera pour l'année IQ 2012 de 1,51% des budgets opposables des hôpitaux contre 1,4% pour l'année IQ 2010. Suivant le timing prévu cette prime sera à liquider par la CNS courant 2014.

La Commission a retenu qu'il sera opportun de déterminer sa stratégie de communication quant aux résultats des indicateurs nationaux. La FHL a mis en avant qu'il sera utile de réfléchir quant à l'utilisation des données récoltées notamment en considérant les obligations découlant de la Directive Européenne sur les soins transfrontaliers qui entrera en vigueur en octobre 2013.

Dans ce contexte, la FHL a mis en avant qu'on nécessite dès lors de résultats basés sur des données robustes et vérifiables sans oublier qu'il convient de lier les résultats annuels à une vision des tendances sur plusieurs années sans oublier la nécessité de commenter et expliciter les résultats. Il conviendra également de déterminer quelles informations seront transmis à qui comme il sera nécessaire de déterminer les résultats publiables comme ceux qui sont à être utilisés avec réserves.

L'évaluation de l'IQ 2011 a été finalisée et les primes y relatives ont été liquidés fin 2013.

La Commission, suite à une demande du Comité Directeur de la CNS, fait une analyse quant à l'opportunité de procéder au plus tôt en 2014 à une seconde enquête de satisfaction patient au niveau national. Il a été retenu que les hôpitaux continuent leur approche individuelle d'enquête de satisfaction patient selon leurs méthodologies retenues mais que l'approche ne sera pas nationale et ne sera pas gérée par la Commission d'Evaluation.

La Commission d'Evaluation s'est consacrée à la détermination des détails du programme IQ pour l'année 2014 qui devra être géré selon les nouvelles dispositions des articles respectifs de la nouvelle convention cadre FHL-CNS.

A cet effet la CE a décidé de confier à la CNS la préparation des volets sur l'efficacité et la transparence, la FHL étant en charge des volets en lien avec la sécurité de patients et plus particulièrement l'identitovigilance et la sécurité médicamenteuse.

Afin de présenter à une réunion commune Commission d'Evaluation – Coordinateurs qualité fixée au mois de juillet 2013 les conclusions des différents travaux préparatoires, la FHL a constitué des groupes de travail selon les thématiques dont elle avait la charge. Ces groupes de travail constitués d'experts du terrain dans les matières respectives ont développé leur vision des domaines du programme qualité 2014 qui les concernait.

Suite à la présentation en workshop commun du mois de juillet 2013, l'intégralité des propositions ont été validées par la Commission d'Evaluation dans le dernier trimestre de l'année 2013.

Dans ce contexte la CE a déterminé 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:

- 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.

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

La CE a déterminé que pour l'IQ 2014, la prime maximale pouvant être obtenue sera déterminée comme suit:

- Le volet qualité comptera pour 40% (base: prime relative à l'IQ 2012), les volets sécurité, efficacité et transparence comptent chacun pour 20% dans le calcul de la prime.

Sur base des indications à fournir par la Commission d'Evaluation 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.

Les éléments clés à considérer pour le programme IQ 2014 ont été fixés comme suit par la CE:

- Le programme IQ 2014 est à considérer comme une étape préparatoire en vue d'atteindre l'objectif d'une mesure de **l'efficacité**.
 - Les tâches principales auxquelles les hôpitaux devront répondre seront les suivants:
 - Application du plan comptable normalisé
 - Application des règles de comptabilité analytique

- Enregistrement nominatif des articles chers
- Les hôpitaux remettent les indicateurs nationaux relatifs à l'efficience.
- Le programme IQ 2014 pour la partie **transparence** retient que les établissements hospitaliers mettent en place la fonction de documentation médicale sous la responsabilité d'un médecin. L'encodage des diagnostics et des actes médicaux est effectué pour au moins 25% des séjours stationnaires de chaque établissement hospitalier.
- Les tâches principales auxquelles les hôpitaux devront répondre seront:
 - 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.
 - Encodage des diagnostics et des actes médicaux selon le protocole d'étude retenu par la Commission consultative de la documentation hospitalière, sous réserve:
 - 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,
 - que les éléments nécessaires à la réalisation de ce point soient déterminés au niveau de la CCDH.
 - Evaluation de la procédure d'encodage et de la qualité de la documentation codifiée selon des critères uniformes définis par la Commission consultative de la documentation hospitalière.
 - Etablissement d'un rapport statistique sur les données enregistrées en 2014.
 - Les hôpitaux remettent les indicateurs nationaux relatifs à la transparence.
- Pour la partie **identitovigilance**, la CE l'a définie comme un système de surveillance et de prévention des erreurs et risques liés à l'identification des patients. L'identitovigilance s'applique à tous les aspects de la prise en charge du patient quels que soient les supports utilisés. L'objectif national final de l'identitovigilance étant le concept du «bon soin au bon patient»,
 - Les tâches principales auxquelles les hôpitaux devront répondre seront:
 - Les hôpitaux définissent la politique institutionnelle relative au domaine de l'identitovigilance par la mise en place d'un modèle d'une charte déterminée par la CE.
 - Les hôpitaux mettent en place une structure de pilotage.
 - 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.
 - Les hôpitaux réalisent une autoévaluation fin 2014 sur base d'une grille d'évaluation commune définie par la CE.
 - Les établissements hospitaliers élaborent des propositions d'indicateurs relatifs à l'identitovigilance pour le programme IQ 2015.
- Pour la partie sécurité médicamenteuse, la CE a arrêté que 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. La Commission d'Evaluation 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, d'en dégager les enjeux et de planifier et de mener les actions d'amélioration nécessaires et d'en mesurer la progression.
 - Les tâches principales auxquelles les hôpitaux devront répondre seront:
 - Réalisation d'un self assessment multidisciplinaire 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.
 - Traitement et analyse des données recensées aux niveaux local et national afin de proposer à la Commission d'Evaluation 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 pour le programme IQ 2015.

Soins

ACTIVITES DE LA PLATEFORME DIRECTEURS DES SOINS (PF-DS)



Le groupe des Directions des Soins s'est rencontré régulièrement en 2013 pour préparer les travaux d'intérêt commun aussi bien au niveau stratégique qu'opérationnel.

Les Directions des Soins sont représentés dans bon nombre des groupes et commissions internes à la FHL respectivement paritaires voire externes (p.ex.: Comités/Commissions Informatique, SIRH, Négociation CCT-FHL, des Normes, d'Evaluation, d'Investissement, CoNaQual-PH, ...).

Ils ont travaillé au niveau des thématiques les concernant traités dans les comités/commissions énumérés ci-dessus et plus particulièrement sur les thématiques au niveau de la Commission des Normes.

La PF-DS s'est penché à maintes reprises sur les problématiques liées aux mesures de charge de travail dans les unités de soins, les modalités organisationnelles de celles-ci ainsi que leur impact sur les dotations et les budgets hospitaliers.

La PF-DS mettait l'accent sur la professionnalisation du métier soignant ayant dans ses attributions non seulement des actes à prescrire sous ordonnance médicale mais un rôle en collaboration avec d'autres professionnels de la santé ainsi qu'un rôle propre (champ autonome), les deux clairement situés dans une démarche soignante basée sur des preuves scientifiques en relation avec la situation clinique du patient incluant notamment les notions de soins requis et de prévention.

Dans le contexte des mesures de charge de travail et des outils, le bureau du CA en fin d'année 2012 a retenu ce qui suit:

Actuellement le PRN v 6 est très critiqué, mais si nous remplaçons le PRN par une autre approche nous ne savons pas non plus ce qui nous attend. D'autre part, le PRN est inscrit dans la convention-cadre FHL/CNS.

Quant à la structure qui gèrera dans l'avenir les opérations de calculs liés à l'outil de mesure de charge de travail, il est retenu que ce point sera abordé une fois connue la prise de position de la PF-DS.

Ainsi le bureau du CA a confié la mission suivante à la PF-DS:

Une analyse comparative sera à réaliser par la PF-DS. Il faut peser les pour et les contre par rapport à des modèles alternatifs.

La PF-DS s'est positionnée comme suit au mandat lui confié:

1. PRINCIPE DE BASE:

La PF-DS réitère sa position quant à la nécessité de disposer pour la mesure de la charge de travail d'un outil permettant de déterminer les soins requis pour le patient.

Ces soins requis devront être basés sur la situation du patient et prendre en considération l'ensemble des éléments de diagnostic médical et soignant, de traitement médical et soignant, de prévention, d'éducation, de suppléance et de soutien psychologique nécessaires. L'approche de prise en charge sera déterminée ensemble avec le patient par l'équipe multiprofessionnelle sur base d'un modèle conceptuel ayant fait ses preuves scientifiques.

2. OBJECTIFS ACTUELS ET FUTURS DE LA MESURE DE CHARGE DE TRAVAIL:

a. Objectif primaire

- Détermination des dotations

b. Objectifs secondaires au niveau des établissements hospitaliers

- Monitoring des évolutions des charges de travail
- Monitoring des prises en charge et de l'évolution des pratiques
- Gestion des unités et des équipes

- c. Objectifs secondaires au niveau des professions soignantes
 - Description, valorisation et développement de la profession soignante
 - Recherche.

3. EVOLUTIONS PROBABLES AU NIVEAU DU SECTEUR DE LA SANTÉ AYANT UN IMPACT DIRECT SUR LES MESURES DE CHARGE DE TRAVAIL:

- a. Restrictions budgétaires
- b. Full cost model suivi vraisemblablement d'un système DRG
 - Financement du DRG
 - Financement selon sous catégories, ici notamment de l'activité soignante lors de l'épisode hospitalière
- c. Développement des mutualisations des activités du core business et de l'ambulatoire
- d. Codification de l'activité (médicale) hospitalière
- e. Développement DPI.

4. DÉFIS RELATIFS AUX ÉVOLUTIONS PROBABLES:

- a/b. Restrictions budgétaires/DRG
 - Modèle DRG, il sera nécessaire de connaître l'ensemble de l'activité soignante (US et MT)
 - Mesure de charge de travail par épisode
 - Approche sur base de mesures réelles
 - Approche sur base de modélisation d'un épisode
 - Intégrer l'ensemble des mesures de charge de travail
- c. Mutualisation des activités de core-business et développement de l'ambulatoire
 - Développement des clinical pathways et des filières de soins
 - Connaître, démontrer et mesurer l'activité soignante
 - Développement de la prise en charge ambulatoire (HJ) – Forfaitisation probable
 - Connaître et mesurer l'activité soignante
- d/e. Codification de l'activité hospitalière/Développement DPI
 - Intégration de l'activité soignante dans le système de codification
 - Interrelation/complémentarité avec les mesures de charge de travail –DPI.

5. HYPOTHÈSES DE TRAVAIL:

- i. PRN à maintenir
- ii. Alternative(s)?
 - 1. Nouvel outil de MCT
 - a. Utiliser la base de données actuelle intégrant des informations sur 17 années d'audit et +/- 400 000 journées - patient audités
 - b. Quelles données?
 - c. Quels types d'unité?
 - d. Quels types de patients?
 - 2. Mix MCT et forfaits.

6. PRINCIPES DE BASE POUR LA MESURE DE CHARGE DE TRAVAIL:

- Modèle de facteurs (Faktorenmodell) car ceci permettra de garantir le recensement de l'ensemble de l'activité soignante (rôle propre, sur prescription, en collaboration, actes de support) en permettant également une différenciation entre les éléments de l'activité soignante dans le respect missions et des règlements en vigueur.
- Modèle permettant un recueil en prospectif et en rétrospectif.
- Modèle restant indépendant d'un diagnostic et/ou d'une prise en charge médicale.

- Modèle permettant l'intégration et lien avec les autres éléments de la documentation hospitalière (RNC, CCAM, ICD 10, ...).
- Modèle transparent au niveau de la valeur des facteurs MCT.
- Modèle permettant de développer la réflexion soignante, notamment au niveau des outcomes de prise en charge soignante.
- Modèle servant à la pérennisation et l'amélioration respectivement pouvant être utilisé comme facilitateur de la qualité de la documentation.
- La réalisation d'analyses statistiques voire de la recherche d'un modèle permettant le recensement manuel de la MCT et pouvant être intégré et mis en interopérabilité avec le dossier patient informatisé. Cette informatisation/intégration de l'outil de MCT devra pouvoir générer d'une façon automatisée la charge de travail.
 - Dans ce contexte la PF-DS met en avant qu'il sera souhaitable qu'au niveau national soit utilisé un langage soignant homogène. La PF-DS précise qu'il faudra apporter des clarifications par rapport aux attentes envers un langage soignant homogène au niveau national: ENP ou NIC/NOC devant permettre le mapping «interventions soignantes-MCT».
- Modèle pouvant être utilisé à visée managériale globale et quotidienne, notamment pour la gestion des ressources humaines en relation avec la charge de travail. Un suivi de la charge de travail sur un axe temps devra être possible afin de réaliser des adaptations au niveau de l'organisation des soins.
- Le modèle devra permettre la réalisation d'audits de mesure de charge de travail comme pouvoir évoluer vers un recensement de la CT de l'ensemble des patients après information du dossier patient.
- La validation de la MCT – nécessité absolue pour la CNS – devra être définie par des règles claires pour le choix des facteurs. La validation devra prendre en considération et respecter les décisions et soins planifiés basés sur la réflexion soignante et le requis du patient.

7. LE MODÈLE DE FINANCEMENT DES RESSOURCES HUMAINES DES UNITÉS DE SOINS NORMAUX ET INTENSIFS:

- La PF-DS se prononce clairement sur un modèle de financement basé sur une mesure de charge de travail. Cette mesure attribuera des minutes de prise en charge soignante au patient sans relation directe et dépendante uniquement d'un diagnostic médical, d'un acte médical ou d'un forfait basé sur l'approche de prise en charge médicale (p.ex.: DRG, GHM, ...).

8. CONCLUSIONS DE LA PF-DS:

- Les alternatives d'utiliser la base de données historique des mesures de charge de travail n'est pas retenue.
- L'alternative d'un outil basé sur des forfaits n'est pas retenue.
- L'outil de mesure de charge de travail futur sera à choisir selon un cahier de charges après étude de marché.
- La PF-DS fera une proposition relative à l'outil de charge de travail, des modalités de validation et d'implémentation au CA de la FHL.
- La position de la FHL sera présentée en CNO en vue d'une intégration dans la Convention Cadre respectivement le document budgétaire.

Le sous-groupe des Directions des Soins exploitant un service de maternité/obstétrique a continué ses travaux en vue de réaliser un concept national de prise en charge de la femme enceinte et accouchée sur base d'un itinéraire clinique complet. Après la finalisation de ces travaux qui mettent en avant surtout la prise en charge offerte par les établissements hospitaliers au niveau de la partie pré- et post-hospitalisation aux femmes enceintes et accouchées, après aval par la PF-DS, ont été présentés en CNO afin de servir de base de discussion pour la révision des normes de dotation y relatives.

Les Directions des Soins se sont penchés sur l'évolution de la profession soignante en considération du gap de plus en plus important qui se creuse entre les besoins de garantir la continuité des soins en collaboration avec d'autres professions médicales et de soins et les attributions actuellement en vigueur.

La PF-DS a désigné Mme Birkel comme personne de référence pour les éléments à traiter et gérer avec le SIST et M. Schlim pour les éléments à traiter avec la cellule de physique médicale. Ces personnes DS désignées ci-avant travailleront en étroite collaboration avec des personnes désignées par la PF-DM.

Suite à une formation/conférence sur la responsabilité médicale, notamment en considération de la jurisprudence luxembourgeoise relative aux infections nosocomiales, il a été mis en avant la problématique de gestion

pour les directions hospitalières liée au personnel porteur p.ex. d'une maladie infectieuse ou porteur d'un MRSA.

La PF-DS a débattu autour de la problématique des reclassements internes. Au vu des retours d'enquête disponibles, on peut constater que plus de 120 ETP sont concernés par cette mesure fin 2012.

Il est fait remarquer que cette situation engendre de graves problèmes de gestion interne et organisationnelle au niveau de certains services.

Il faudra analyser quels seraient les moyens pour restreindre les reclassements internes voire analyser l'approche choisie par les médecins du SIST. En effet aujourd'hui les avis du SIST font état d'une liste négative des activités que la personne reclassée ne peut réaliser. Il faudra plutôt disposer d'une liste positive afin de permettre aux gestionnaires de disposer d'informations plus précises permettant de réaffecter d'une façon plus efficiente les personnes sous reclassement.

Il est mis en avant que le SIST est à considérer comme prestataire de services pour les établissements hospitaliers et que dès lors le SIST devrait adopter une approche orientée vers la bonne gestion des ressources humaines en respectant aussi les dispositions légales de part et d'autre.

Il faudra œuvrer pour que les médecins du SIST soient informés et en connaissance de l'organisation des soins, du travail infirmer ainsi que des attributions légales des soignants afin qu'ils puissent intégrer ces éléments dans leurs avis respectifs.

Le fait de cumuler les salariés handicapés et reclassés peut engendrer des problèmes de gestion importants surtout si un service ou une catégorie de personnel est spécialement touché.

Il est également mis en avant que le travail à mi-temps thérapeutique est en nette croissance et semble se généraliser. Souvent on peut constater que ce mi-temps thérapeutique n'est pas limité dans le temps. Ceci entraîne aussi des problèmes de gestion car la personne en mi-temps thérapeutique a une garantie d'emploi à 100% de son temps de travail initial et ne peut dès lors pas être remplacé si la durée du mi-temps thérapeutique n'est pas connue à l'avance respectivement peut être prolongé soit par le médecin traitant et/ou le SIST.

Il est d'autre côté mis en évidence l'avantage du mi-temps thérapeutique pour l'employeur et pour le personnel concerné par une maladie grave. Il semble néanmoins que l'approche ne soit pas identique dans les différents hôpitaux étant donné qu'au niveau d'un établissement hospitalier, la durée du mi-temps thérapeutique est limitée et permet dès lors une gestion plus efficace des ressources humaines.

La PF-DS, a décidé fin 2013 la création d'un groupe de travail à la FHL afin de déterminer des concepts de prise en charge standards et des normes de dotation notamment pour les activités suivantes:

- Cliniques monothématiques
- Consultations soignantes spécialisées
- Hôpital de jour (chirurgical/médical).

Les Directions des Soins ont régulièrement été consultées et entendues par le Président de la FHL respectivement se sont positionnées par rapport aux thématiques suivantes:

- Projet de RGD concernant le Médecin coordinateur
- Projet documentation hospitalière
- Projet de Loi sur les Droits et Devoirs du patient
- Courrier MiSa sur les autorisations d'exercer
- CCT-FHL.

1. GÉNÉRALITÉS

1.1. MISSION

- Assurer l'assurance de qualité des appareils de radiologie (conventionnelle, interventionnelle, bloc opératoire, urgences, scanners, mammographie), de médecine nucléaire ainsi que la qualité d'images produites (numériseurs, plaques-images à phosphore, consoles d'interprétation) et de l'imagerie par résonance magnétique (IRM).
- Assurer la radioprotection du personnel, du patient, des patients tiers et le public.
- Formation en radioprotection.

1.2. DATE DE CRÉATION

1^{er} octobre 2002.

1.3. COMPOSITION POUR L'ANNEE 2013:

Actuellement la cellule de physique médicale est constituée des experts en physique médicale (EPM) suivants:

- Dr Yassine Ben Hdech, PhD (depuis début janvier 2013)
- Christina Bokou
- Octavian Dragusin
- Dr Martine Grelot, PhD (départ définitif en retraite septembre 2013)
- Olga Kaphammel
- Dr Alex Meyer, PhD.

2. OBJECTIFS ET REALISATIONS POUR L'ANNEE 2013

2.1. VOLET CONTRÔLE DES APPAREILS

Tous les appareils d'imagerie médicale sont contrôlés par la cellule physique médicale conformément aux exigences de l'annexe 7 du RGD du 16 mars 2001. Les rapports de contrôles sont envoyés une fois par an par les hôpitaux à la division de la radioprotection du ministère de la santé. Le RGD décrit deux niveaux d'expertise (A et B).

2.1.1. CONTRÔLES NIVEAU A

Les appareils de radiologie, du bloc opératoire, les gamma-caméras, du PET-CT, ainsi que les activimètres, ainsi que la qualité d'images produites (numériseurs, plaques-images à phosphore, consoles d'interprétation) sont contrôlés, selon la loi, par l'ATM du service (sous la responsabilité de l'EPM). Il s'agit de tests de constance journaliers, hebdomadaires ou mensuels, en fonction du type d'appareil.

2.1.2. CONTRÔLES NIVEAU B

Il s'agit de contrôles plus élaborés sur la sécurité et la qualité de la chaîne d'imagerie médicale (radiologie, médecine nucléaire et IRM). Ces tests sont effectués par l'expert en physique médicale (annuels, semestriels, mensuels ou après l'intervention de la firme).

2.1.3. CONTRÔLES D'ACCEPTATION NOUVEAUX EQUIPEMENTS

Il s'agit de tests de conformité et de sécurité d'un appareil d'imagerie médicale après son installation et avant l'utilisation en routine clinique. Les tests sont effectués par l'expert en physique médicale.

2.1.4. STANDARISATION DU PROGRAMME CQ

Application des formats standards de rapports des mesures pour toute la cellule physique médicale, et stockage central des rapports pour tous les contrôles qualité des installations en imagerie médicale au sein de la FHL.

2.2. VOLET FORMATION CONTINUE ET SYMPOSIUM

2.2.1. POUR LE PERSONNEL HOSPITALIER

La cellule physique médicale offre des formations régulières en matière de radioprotection pour le personnel hospitalier suivant la demande des établissements hospitaliers. En 2013 la cellule a organisée des formations en radioprotection pour le personnel au bloc opératoire (ATM bloc op, ATM anesthésie, Chirurgiens).

2.2.2. AUTRES EVENEMENTS

- Organisation en collaboration avec le ministère de la santé d'un symposium sur l'audit externe en médecine nucléaire «L-QUANUM» à la FHL, le 10/07/2013.
- Organisation en collaboration avec le ministère de la santé une formation en radioprotection pour les responsables de contrôle physique 19/06/2013.

2.2.3. POUR LES EXPERTS EN PHYSIQUE MÉDICALE

- Formation managériale pour le secteur hospitalier à l'Institut Universitaire International Luxembourg (IUIL) 2012-2013.
- Dosimetrie in der Nuklear Medizin, Winterschule der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Physik, Pichl (A) 18/03/2013-22/03/2013.
- Formation PCR (Personne Compétente en Radioprotection): option 1 (radiologie) et option 2 (Médecine Nucléaire) IRSN Paris 2013.
- EPU (enseignement poste universitaire) en imagerie médicale à Lyon (F) octobre 2013.
- European Congress of Radiology (ECR) à Vienne (A) 10 mars 2013.
- EUREF Training course digital mammography and tomosynthesis, Vienna 11 mars 2013.
- Réunion informelle pour préparer la soumission d'un projet au financement européen (Epidemiological study on radiation-induced lens opacities for interventional cardiologists), Mainz, Allemagne, 21 mars 2013.

2.3. RADIOPROTECTION

2.3.1. POUR LE PERSONNEL HOSPITALIER

- Suivi de la dosimétrie du personnel des chambres d'iodothérapie par un dosimètre à lecture directe ainsi qu'un détecteur mains-pieds. Tests complémentaires de contamination des urines deux fois par an.
- Suivi des contrôles des tabliers plombés dans les services radiologique et blocs opératoires. Test d'acceptations des nouveaux dispositifs de radioprotection (écrans, paravents mobile/fixe).

2.3.2. POUR LE PATIENT

- Contrôle des systèmes d'affichage de produit dose surface sur tous les appareils RX conventionnels et interventionnels.
- Relevé des doses patient en radiologie interventionnelle.
- Analyse dosimétrique pour le cas d'irradiation des femmes enceintes.
- Etude dosimétrique pour les examens scanner adulte (CT) et Cone Beam CT (CBCT).
- Etude dosimétrique en radiologie pédiatrique.
- Etude dosimétrique en cardiologie interventionnelle.

2.4. PROJETS ACTIFS

2.4.1. PROJET ACHAT COMMUN

- Participation à l'élaboration d'un cahier de charges pour l'achat des arceaux pour le bloc opératoire.

2.4.2. PROJET DOSIMÉTRIE

- Support pour la mise en route des logiciels de saisie de dose dans les hôpitaux. Test et validation des différents logiciels de dose par les EPMs.
- Réalisation des procédures «saisie de dose au patient pour le bloc opératoire».
- Etat des lieux des examens pédiatriques.
- Création des NRD (Niveaux de Référence Diagnostiques) pour la radiologie interventionnelle.
- Participation à l'optimisation dosimétrique pour le scanner.

2.4.3. PROJET MÉDECINE NUCLÉAIRE

- Participation à la mise en route d'une certification pour les services de médecine nucléaire du Luxembourg en collaboration avec le Ministère de la santé (Projet: L-QUANUM).
- Participation à l'élaboration du dossier «demande d'autorisation pour la radiothérapie avec l'isotope Ra 223».

2.4.4. PROJET BLOC OPÉRATOIRE

- Suivi de l'étude de dosimétrie manuelle au bloc opératoire.
- Formation en radioprotection du personnel du bloc opératoire et radiologie interventionnelle (voir formation pour le personnel).
- Campagne de sensibilisation en collaboration avec le Ministère de la santé: Radioprotection au bloc opératoire «Les bonnes pratiques». Création des posters d'informations en matière de radioprotection pour le bloc opératoire suivant les instructions de l'agence internationale d'énergie atomique (IAEA).
- Etude dosimétrique des extrémités et des cristallins pour les procédures de cardiologie interventionnelle.

2.4.5. PROJET RADIOPROTECTION DES SALLES

- Mise en route des procédures pour le calcul de blindage pour la radioprotection du personnel et du patient, des patients tiers et le public. Des calculs de blindage ont été réalisés pour des salles de radiologie conventionnelles, CT, mammographie et bloc opératoire sur demandes des hôpitaux.

2.4.6. PROJET CONTRAT DES OBJECTIFS ET DES MOYENS (COM)

En date du 09 janvier 2013, le Président de la CNS a rappelé que les projets de mutualisation au sein de la FHL dans les structures annexes feront désormais l'objet de contrats d'objectifs et de moyens. Tel est donc aussi le cas de l'activité de la cellule physique médicale de la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL). Dans ce contexte la cellule physique médicale a proposé de structurer le COM de la façon suivante:

Une partie générale, qui décrit les missions de la cellule physique médicale en se basant sur l'article 13 du règlement grand-ducal du 16 mars 2001 relatif à la protection sanitaire des personnes contre les dangers des rayonnements ionisants lors d'expositions à des fins médicales.

Une partie spécifique qui reprend tous les projets à réaliser pour répondre aux demandes des hôpitaux, du Ministère de la santé et aussi pour rester conforme avec le RGD du 16 mars 2001. Dans le COM ces projets vont être décrits par des fiches projets.

Afin de définir ces projets, la cellule physique médicale a réalisé une analyse de la situation actuelle et formuler ces visions et objectifs. Des fiches projets pour les projets énumérées ci-dessus ont été réalisées.

2.4.7. ENCADREMENT STAGIAIRE

- Mise en route partielle du logiciel Artiscan pour le contrôle qualité d'images des scanners à travers un stage de master 2 (étudiant: Tchantcheu Gael).

2.4.8. SHAREPOINT

Développement de différents outils informatiques (en cours de test et de validation).

- Bibliothèque EPM: archivage centrale des rapports et procédures CQ, gestion du matériel CQ (Calibration, réparation etc.) et documentation (publication, article, présentation).
- TimeSheet: il s'agit d'un outil dont l'objectif est de rapporter le temps de travail par projets et l'activité de la physique médicale.
- Feuille de route: il s'agit d'un outil pour encoder les déplacements des EPM's.
- Demande de congé: formulaire pour demander les congés avec automatisation via workflow.

2.5. PARTICIPATION AUX COMITÉS/GROUPES DE TRAVAIL

La cellule de physique médicale fait partie des différents comités et groupes de travail suivants:

- Comité de physique médicale FHL
- Groupe de travail MCT-RX à la FHL
- Comité scientifique et technique de mammographie au Ministère de la santé
- Comité de physique médicale au CHL
- Comité de radioprotection à l'INCCI
- Comité de radioprotection au CHdN
- Comité de radioprotection au CHEM

- Comité de radioprotection à la ZithaKlinik
- Comité de radioprotection au HK
- Comité de pilotage L-QUANUM au Ministère de la santé
- Groupe de travail achat FHL
- Participation dans le cadre des audits et certifications:
 - Groupe de travail Certification ISO Mammographie et PET CT au CHL
 - Joint Commission International (JCI) au CHEM

2.6. PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

- «1^{er} symposium en médecine nucléaire» Christina Bokou, FHLinfo n°23, mars/avril 2013.
- «Nouvelle génération de scanners au Grand-Duché: technologies et bénéfices attendus» Y. Ben Hdech, C. Bokou et A. Meyer, FHLinfo n°25, novembre/décembre 2013.
- «L'optimisation des doses en radiologie», Y. Ben Hdech et M. Grelot, présentation orale au Congrès SFPM à Nice en juin 2013.
- «L'Optimisation des protocoles Scanner» Y. Ben Hdech, présentation orale Journées ALAR Kirchberg en novembre 2013.
- «Préparation de la cellule physique médicale de la FHL en vue de l'élaboration d'un contrat d'objectifs et moyens inhérents à son activité» A Meyer, Formation managériale pour le secteur hospitalier Institut Universitaire International Luxembourg, septembre 2013.

2.7. PERSPECTIVES POUR L'ANNEE 2014

- Contrôles Qualité:
 - Contrôle qualité niveau B sur les appareils de radiologie, numériseurs, bloc opératoire, mammographie, médecine nucléaire, CT, IRM, ainsi que les moniteurs d'interprétations.
 - Suivi des contrôles qualité niveau A sur les appareils de radiologie, mammographie, médecine nucléaire, numériseurs, moniteurs, CT et IRM.
 - Application des procédures standards pour les mesures CQ (Niveau A et B) pour toute la cellule physique médicale.
 - Mise en route du logiciel Artiscan pour tous les CT du pays.
 - Revue des procédures CQ en collaboration avec le Ministère de la santé en vue de l'actualisation du RGD 16 mars 2001 en vigueur.
- Radioprotection du personnel et du patient:
 - Radioprotection des salles: Calcul de blindage suivant la demande des hôpitaux.
 - Etude de postes suivant demande des hôpitaux.
- Formation continue pour le personnel hospitalier et les médecins.
- Réalisation d'un contrat des objectifs et des moyens entre la cellule physique médicale et la Caisse Nationale de la Santé.
- Participation à l'élaboration d'un cahier de charges pour l'achat des nouveaux SPECT CT respectivement SPECT pour la médecine nucléaire.
- Projet Bloc opératoire:
 - Suivi de l'étude de dosimétrie au bloc opératoire.
 - Formation en radioprotection du personnel du bloc opératoire et radiologie interventionnelle.
 - Optimisation de la dose au patient et au personnel lors des interventions radiologique au bloc opératoire.
 - Campagne de sensibilisation en collaboration avec le Ministère de la santé: Radioprotection au bloc opératoire «Les bonnes pratiques». Distribution des posters réalisés dans tous les services bloc opératoires et radiologie interventionnelle.
- Projet Médecine nucléaire:
 - Mise en route d'une certification pour les services de médecine nucléaire du Luxembourg en collaboration avec le Ministère de la santé (Projet: L-QUANUM).
 - Participation à la mise en route des aspects de radioprotection pour la radiothérapie avec Ra 223. Calibration des appareils de détection (activimètres) existants pour le nouvel isotope Ra223.
 - Etude de poste en médecine nucléaire. Évaluation des doses aux extrémités du personnel. Iodothérapie et PET CT inclus.

- Elaboration et mise en route des nouvelles procédures CQ pour SPECT/CT, prone-table.
- Projet Dosimétrie:
 - Etat des lieux et optimisation des examens pédiatriques. Saisie de dose pour la radiologie conventionnelle, médecine nucléaire et scanner.
 - Participation à l'optimisation dosimétrique pour la radiologie conventionnelle, scanner, radiologie interventionnelle, bloc opératoire, et la pédiatrie.
 - Optimisation des protocoles dose scanner: Etude de dose/qualité image sur les protocoles CT avec fantômes, spécifiquement les protocoles avec reconstruction itérative.

RÉPARTITION DES EXPERTS EN PHYSIQUE MÉDICALE PAR ÉTABLISSEMENT POUR 2013

Etablissement	EPM
CHL: Hôpital Municipal CHL: Clinique pédiatrique CHL: Clinique d'Eich Centre National PET-scan CPL: Centre Pénitencier de Luxembourg	Christina Bokou Olga Kaphammel support pour le site clinique d'Eich et CPL
INCCI	Octavian Dragusin
CHEM: site Esch/Alzette CHEM: site Niedercorn CHEM: site Dudelange	Alex Meyer Octavian Dragusin support pour CHEM site Niedercorn et site Dudelange
FFE/Hôpital Kirchberg FFE/Clinique Sainte Marie Rehazenter	Martine Grelot support Yassine Ben Hdech (janvier-septembre) puis Yassine Ben Hdech
CHdN: site Ettelbrück CHdN: site Wiltz	Olga Kaphammel
ZithaKlinik	Octavian Dragusin

Ressources Humaines et Dialogue Social



1. CCT FHL

Outre le travail quotidien de précisions concernant l'application de la CCT FHL fournies par la conseillère juridique aux différents établissements membres de la FHL, les activités relatives à la CCT FHL se sont réalisées au niveau des différents groupes et commissions instaurées par la FHL respectivement la CCT EHL.

1.1. COMMISSION STRATÉGIQUE GRH (CS GRH), DÉLÉGATION DE NÉGOCIATION CCT FHL (CS GRH NÉGOCCT) ET GROUPE RESTREINT AD HOC CCT (GR CCT)

La dernière CCT a été signée en décembre 2012 pour une durée du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2013. Le contexte avait été dépeint: une nouvelle loi hospitalière avec un budget global plafonné, la crise économique, la nécessité de mutualisations, la réforme dans la Fonction Publique. Le message principal fut que le monde a changé et continue à changer.

Les trois plates-formes (PF DAF, PF DS et PF DM) ont reçu comme mission de réaliser une analyse SWOT de la CCT actuelle. La CS GRH a analysé ces trois documents, y a inclus des aspects «ressources humaines» et a proposé une synthèse reprenant tous les points proposés et identifiant des thèmes à approfondir.

Il fut ensuite retenu de constituer un groupe de travail restreint constitué par le Président, le Vice-Président, le Secrétaire Général, les coordinateurs des trois plateformes, la présidente de la délégation de négociation sortante ainsi que la coordinatrice de la CS GRH. La mission du groupe a été d'identifier les thèmes à intégrer dans un catalogue de négociation CCT qui soient bénéfiques pour le secteur en vue d'atteindre un résultat performant. Le Président a reçu le mandat de diriger les réunions qui seront nécessaires et de présider les réunions de négociation avec les syndicats.

Une première réunion avec les syndicats, essentiellement formelle, a eu lieu en novembre 2013, afin de se donner un calendrier de réunions qui ont débuté en mars 2014, en attendant de connaître la prise de position du nouveau Gouvernement par rapport à l'accord salarial et la réforme dans la Fonction Publique. Cette période a également été mise à profit pour rechercher un certain nombre d'informations et pour préparer un certain nombre de documents divers ayant trait au «fact finding» en termes de gestion des ressources humaines dans le secteur FHL et ailleurs. Cette activité sera poursuivie en 2014 afin d'avoir les éléments indispensables dans le cadre de la négociation de la CCT FHL.

L'échange des catalogues de revendications a eu lieu le 20 mars 2014. Le catalogue de la FHL retient les éléments essentiels suivants:

- Transposition de l'éventuelle l'enveloppe financière à considérer via la mise en place d'une réserve financière permettant d'entamer la première étape d'un nouveau modèle de rémunération incluant les éléments suivants: Définition de fonctions, Définition d'objectifs de performance individuelle, Evaluation des performances, Rémunération fixe moins élevée, avec augmentations automatiques, plus part variable suivant le résultat d'une évaluation, Mesures transitoires.
- Prise en compte des nouvelles équivalences de diplômes.
- Restructuration des carrières, Introduction de certaines carrières.
- Augmentation du temps de présence effectif des collaborateurs via l'adaptation d'un certain nombre de dispositions actuelles.
- Début des travaux de la plate-forme sauvegarde de l'emploi créée dans le contexte des mutualisations à venir, transposer/concrétiser l'accord signé en 2012 et son impact sur l'article 36 de la CCT FHL.

En parallèle, une première ébauche d'un texte coordonné a été préparée. Elle reprend le texte de 2005 ainsi que tous les avenants et accords intervenus depuis lors et tient compte des modifications et adaptations apportées par l'introduction du statut unique ainsi que du Code du Travail. Il a également été essayé de simplifier certaines formulations ou de favoriser l'harmonisation des procédures. Un premier échange avec les syndicats a eu lieu fin 2013. Le texte coordonné sera normalement finalisé courant 2014.

1.2. COMMISSION PARITAIRE CCT FHL

Les travaux de la commission paritaire CCT FHL se sont limités en 2013 principalement aux thèmes récurrents issus de la CCT FHL: Détermination des PRMN 2014, de la surprime 2013 et validation des demandes PRML, PRMS et PRMI 2014 de la part des différents établissements membres de la FHL.

2. VOLET OPÉRATIONNEL DE LA GRH DANS LES ÉTABLISSEMENTS

Le volet opérationnel de la GRH est abordé au niveau de la FHL dans le cadre des travaux de la Commission du Personnel (CPERS), regroupant les responsables RH des différents établissements membres.

La majorité des membres de la CPERS étant également membres du comité de pilotage SIRHIUS respectivement du «user group» SIRHIUS, il a été retenu de maintenir la réduction exceptionnelle des activités de la CPERS afin de permettre aux acteurs concernés de se concentrer davantage sur le projet SIRHIUS (cf. chapitre y relatif dans la partie «informatique»).

Les membres de la Commission du Personnel restent finalement un partenaire privilégié pour la collecte de données statistiques concernant les ressources humaines dans les établissements membres. Les données statistiques suivantes ont été produites par les établissements membres et compilées au niveau de la FHL:

- Questionnaire surprime: données concernant le nombre de points allocation de famille payés dans le secteur
- Etude OCDE Health Data: Rapport Annuel par catégorie CNS / emploi ressortant le brut total annuel, l'ETP moyen annuel et le Salaire moyen brut annuel par ETP
- Tableau du personnel en vue du rapport de l'IGSS: Nombre d'ETP réel à une date précise réparti en fonction des carrières/professions CCT
- Rapport d'activité du SIST: Effectif présent au 01/01 de l'année en cours et nombre d'étudiants ayant travaillé l'année précédente
- Enquête Commission des Normes: Détermination des Heures à travailler et heures de maladies.

Santé et Sécurité au Travail

Le volet de la Sécurité et de la Santé au Travail est abordé au niveau de la FHL dans le cadre des travaux du Groupe Technique Sécurité (GTS), regroupant les préposés à la sécurité et les travailleurs désignés des différents établissements membres, ainsi qu'au niveau de son Service Interentreprises de Santé au Travail (SIST-FHL).

GROUPE TECHNIQUE SÉCURITÉ (GTS)

La responsabilité du groupe est assurée par M. Sergio De Freitas (CHEM). Les travaux du groupe étaient axés essentiellement autour des thèmes suivants:

1. INVENTAIRE DES POSTES À RISQUES

Un sous-groupe a poursuivi ses travaux en vue de l'élaboration de fiches d'évaluation des risques professionnels des différents métiers qu'on retrouve dans les établissements hospitaliers. Ces fiches, pouvant être considérées comme un réel outil commun à tous les établissements hospitaliers, reprennent les différentes tâches liées aux métiers concernés et identifient ensuite les risques professionnels possibles pour la sécurité et la santé des salariés. Elles ont été complétées par les protections mises en place et l'évaluation restante du risque suite à la mise en place des mesures de protection. L'évaluation brute du risque est normalement identique pour tous les établissements, mais l'évaluation restante sera spécifique vu qu'elle dépendra des mesures de protection mises en place. La charge de travail a été conséquente. Le projet a cependant pu être finalisé début 2014. Suite à un dossier de candidature soumis dans le contexte du Prix Prévention de l'Association Assurance Accidents, le prix, doté de 15.000 €, a été décerné à la FHL, et plus particulièrement à son groupe GTS, dans la catégorie des entreprises avec 50 ou plus de collaborateurs.



2. AGRESSIONS – COMPORTEMENTS AGRESSIFS

Les phénomènes d'agressions et de violences sont en accroissement constant. Dans une première phase, les hôpitaux ont échangé leur vécu. Dans une deuxième phase, ils ont recherché s'il existe déjà des documents ailleurs. Ils ont ainsi pu s'inspirer d'un manuel belge pour un programme de prévention de l'agression en milieu hospitalier ainsi que d'une procédure française de prise en charge du personnel lors d'agression physique ou verbale. Il est constaté que tous les établissements ont des procédures diverses en place et qu'il est utile d'échanger régulièrement sur l'évolution du phénomène. Le cas échéant il pourrait être utile d'envisager des campagnes de sensibilisation.

3. PRESCRIPTIONS TYPES ITM

Le groupe a retenu le principe d'élaborer dorénavant des avis concertés par rapport à des projets de prescriptions types de l'ITM. Ceci a été le cas en 2013 pour la prescription type ITM-SST 1600.1: «Allgemeine Anforderungen an Einrichtungen des Gesundheitswesens». La prescription définitivement retenue par l'ITM tient en grande partie compte des propositions élaborées par les membres du GTS.

Le groupe a en outre commencé à travailler sur la prescription-type ITM-SST 1602.1 concernant les «Rohrpostanlagen» en vue de son adaptation aux réalités du terrain. Une entrevue sera demandée avec des représentants de l'ITM afin d'exposer les difficultés d'application de ladite prescription et de trouver des solutions alternatives.

4. ECHANGES D'INFORMATIONS

Comme dans le passé, les membres du groupe ont échangé leurs bonnes pratiques ainsi que les informations qui leur ont semblé être utiles pour l'ensemble du secteur, notamment:

gestion des chantiers: présentation par un établissement du contexte et de la problématique, de la législation «chantiers» applicable et de l'approche retenue par ledit établissement

accidents de travail: le groupe estime qu'il serait utile de réaliser un benchmark par rapport aux accidents de travail, sur base notamment du travail réalisé dans le passé par le GTS mais aussi sur base de l'indicateur qualité y relatif. Un tableau de recensement a été élaboré et sera rempli et analysé en 2014, tout en veillant à comparer ce qui est comparable.

5. PERSPECTIVES 2014

Le groupe propose de travailler en 2014 prioritairement sur les sujets suivants:

- Postes à risque
- Agressions
- Prescriptions ITM
- Accidents de travail.

Protection des données

Le groupe CPD (Coordinateurs Protection des Données), mis en place en 2003 comme réaction à la loi du 2 août 2002 sur la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel a été réactivé au vue du rôle croissant joué par le GIE Luxith dans le contexte des projets informatiques sectoriels. Certains de ces projets ayant un impact en termes de «protection des données», le directeur du GIE Luxith a cherché le contact avec le groupe CPD. Après une présentation des différents projets en cours, une réunion a été organisée avec des représentants de l'Agence eSanté ainsi qu'avec des représentants de la CNPD. Un certain nombre de pistes ont pu être abordées sans qu'une décision définitive n'ait été prise. Il y a comme dans le passé également eu communication d'informations vers les établissements.

ARRÊTÉ MINISTÉRIEL DU 21 AOÛT 2013 DÉTERMINANT LE MODÈLE DU RAPPORT D'ACTIVITÉ ANNUEL DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL.

LE MINISTRE DE LA SANTÉ,

Vu la loi modifiée du 17 juin 1994 concernant les services de santé au travail, et notamment son article 14;

Arrête:

Art. 1^{er}. Le modèle du rapport d'activité annuel des services de santé au travail est déterminé à l'annexe du présent arrêté.

Art. 2. L'arrêté ministériel du 21 juin 2006 déterminant le modèle du rapport d'activité annuel des services de santé au travail est abrogé.

Art. 3. Le présent arrêté sera publié au Mémorial.

Luxembourg, le 21 août 2013

Le Ministre de la Santé,
Mars Di Bartolomeo

RAPPORT D'ACTIVITE CONCERNANT LA PERIODE DE REFERENCE

1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENTREPRISE OU LE GROUPE D'ENTREPRISES

Nom: FEDERATION DES HOPITAUX LUXEMBOURGEOIS (FHL) · **Matricule nationale:** 1965 61 00 284 99

Adresse: Z.A. Bourmicht · 5, rue des Mérovingiens · L-8070 BERTRANGE · **Téléphone:** 42 41 42-12 · **Fax:** 42 41 42-82

Service de Santé au Travail: SIST-FHL · **Médecins du Travail:** Dr A-M BRAUN, Dr C PICARD, Dr M-J RIONDE

2.3. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACTIVITÉ COURANTE DU SERVICE DE SANTÉ

3. AUPRÈS DE L'ENTREPRISE PENDANT LA PÉRIODE DE RÉFÉRENCE:

EFFECTIF DE L'ENTREPRISE EN ACTIVITE

	Nombre de travailleurs	Nombre de travailleuses	TOTAL
CENTRE HOSPITALIER EMILE MAYRISCH sites d'Esch + de Niederkorn + de Dudelange	387	1435	1822
CLINIQUE STE MARIE	39	177	216
CENTRE HOSPITALIER (CHL + EICH)	535	1553	2088
ZITHAKLINIK	201	591	792
HOPITAL KIRCHBERG	257	781	1038
LES SAVEURS DE LA SANTE			
CHdN (Centre Hospitalier du Nord: sites d'Ettelbruck et de Wiltz)	780	216	996
HOPITAL INTERCOMMUNAL DE STEINFORT	30	162	192
CENTRE HOSPITALIER NEURO-PSYCHIATRIQUE	158	365	523
INCCI	28	67	95
CLINIQUE PRIVEE DU DR BOHLER	10	182	192
FEDERATION DES HOPITAUX LUXEMBOURGEOIS	6	19	25
LUXITH	6	1	7
CENTRE FRANCOIS BACLESSE	17	34	51
REHAZENTER	87	180	267
TOTAL	2541	5763	8304
TOTAL %	31 %	69 %	100 %

RELEVÉ DES EXAMENS MÉDICAUX RÉALISÉS DANS LE CONTEXTE DU CODE DU TRAVAIL TITRE II, ART. L-325-4 CONCERNANT LES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

La période de référence correspond à celle entre le dernier rapport et celui-ci.

- Pour les entreprises ≥ 150 salariés: 1 an
- Et pour les entreprises < 150 salariés: 3 ans

3.2. EXAMENS MEDICAUX REALISES EN 2012

	Apte	Aménagement	Restriction	Inapte	En attente	Sans conclusion	Total
Embauches	518	0	0	0	6	15	539
Jeunes travailleurs **	250	0	39	0	0	28	317
Embauches étudiants en médecine	2	0	0	0	0	0	2
Périodiques	2374	93	55	0	18	2	2542
Demande salarié	2	20	16	2	1	50	91
Demande employeur	8	3	5	0	1	5	22
Demande médecin du travail	102	151	27	1	1	29	311
Demande médecin traitant	0	0	0	0	2	0	2
Reprises du travail	321	154	45	0	0	49	569
Total	3577	421	187	3	29	178	4395

Les avis «sans conclusion» concernent soit des personnes qui ont quitté l'établissement sans réaliser les examens complémentaires demandés, soit des salariés qui sont venus pour des renseignements, soit des personnes en arrêt de travail qui ne pouvaient pas reprendre leur travail mais qui n'étaient pas incaptes définitivement.

EXAMENS PARTICULIERS

TRAVAILLEURS INCAPABLES D'OCCUPER LEUR DERNIER POSTE DE TRAVAIL*:

Capables	Incapables	Total
0	52	52

Quatre personnes ont été vues deux fois dans le cadre de la procédure de reclassement car leur état de santé n'était pas encore stabilisé pour émettre un avis définitif. Personne n'a été reconnu apte alors que sa procédure de reclassement était en cours.

EXAMENS POUR RECLASSEMENT INTERNE OU EXTERNE:

	Apte	Aménagement	Restriction	Inapte	Total
Reclassement interne	0	46			46
Reclassement externe		9			9

Les reclassements externes concernaient des personnes dont l'arrêt de travail avait dépassé les 52 semaines. Une personne a été vue pour reprise après invalidité retirée et a donc été en reclassement externe.

Une personne ayant reçu un reclassement interne a fait recours. Il est toujours en cours et elle n'a donc pas encore repris son travail.

FEMMES ENCEINTES***:

Apte	Aménagement de poste	Mutation de poste	Dispense de travail	Pas de conclusion	Total
16	55		194	9	274

Sur les 274 personnes enceintes, seules 16 auraient dû continuer leur travail normalement, mais certaines ont été arrêtées pendant toute la durée de leur grossesse qui était pathologique. Une a fait recours et a obtenu une dispense.

Les aménagements ont consisté en restriction d'exposition aux patients infectés ou agités, de port de charges et de travail de nuit. Une salariée aménagée a fait recours et a obtenu une dispense.

Neuf personnes ont fait une fausse-couche avant que la décision n'ait été prise.

* Code de Travail (Livre V, Titre V – Emploi de travailleurs incapables d'occuper leur dernier poste de travail art. L-552-2)

** Code de Travail (Livre III, Titre IV – Emploi de jeunes travailleurs)

FEMMES ENCEINTES ET TRAVAIL DE NUIT*:**

Apte	Mutation à un poste de jour	Dispense	Total
0			

Toutes les salariées enceintes travaillant la nuit ont été mutées de jour, mais la plupart du temps comme elles étaient exposées à plusieurs autres risques ne pouvant pas être évités, elles ont donc bénéficié d'une dispense ou d'un aménagement. Il ne nous a pas été possible de distinguer les personnes ayant bénéficié d'une dispense ou d'un aménagement uniquement à cause du travail de nuit.

TOTAL DE TOUTES LES VISITES: 4.780

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES SPÉCIFIQUES DE SURVEILLANCE MÉDICALE PENDANT LA PÉRIODE DE RÉFÉRENCE

NOMBRE D'EXAMENS BIOLOGIQUES (HORS SANGUINS)

• Bandelettes urinaires	2.978
• Coproculture	40
• ECBU	36
• Uroculture	6

NOMBRE D'EXAMENS BIOLOGIQUES (SANGUINS):

• Examens sanguins réalisés dans le cadre d'une surveillance pour une exposition aux agents cytostatiques	45
• Examens sanguins réalisés dans le cadre d'une surveillance pour une exposition aux gaz anesthésiques	65
• Examens sanguins réalisés dans le cadre d'une surveillance pour une exposition aux radiations ionisantes	88
• Bilans réalisés dans le cadre de la réglementation de la restauration collective	39
• Sérologie hépatite A	411
• Titrage d'AcHBs (contrôle de l'immunité après vaccination)	104
• Sérologie l'hépatite C	2
• ARN viral hépatite C	39 (exposition aux enfants)
• Examens sanguins réalisés en fonction de l'examen clinique:	
• Bilan sanguin:	15
• NF PI:	5
• Bilan lipidique:	3
• Glycémie, HB glyquée:	4
• Bilan hépatique (ASAT ALAT, GGT):	2
• Bilan thyroïdien:	10
• Quantiféron (tests tuberculiniques sanguins):	673
• Quantiféron (en 2 ^{ème} intention pour suivi après exposition au BK):	29

NOMBRE D'EXAMENS RADIO-TOXICOLOGIQUES:

En général deux séries de prélèvements sont organisées par an, chez le personnel de chaque service de médecine nucléaire et du service d'iodothérapie. Cette année, deux prélèvements se sont révélés positifs, ce qui a motivé une enquête sur place et des contrôles ultérieurs qui se sont révélés négatifs.

NOMBRE D'EXAMENS RADIOLOGIQUES:

• Radiographies pulmonaires à l'embauche:	370
• Radiographies pulmonaires de contrôle:	2
• Radiographies des grosses articulations (surveillance caisson hyperbare):	5
• Scanner thoracique:	1 (suspicion sur une RP à l'embauche)

*** Code de Travail (Livre III, Titre III – Emploi de personnes enceintes, accouchées ou allaitantes) TOTAL DE TOUTES LES VISITES: 4.780

NOMBRE D'AUTRES EXAMENS:

• Visiotests:	3.274
• Examens demandés dans le cadre du caisson hyperbare:	
• Ex. ORL:	10
• EEG:	5
• EFR:	5
• ECG d'effort:	4
• Examen visuel spécifique dans le cadre d'une exposition aux RI:	6

NOMBRE D'AVIS EXTERNES (APRÈS DÉCOUVERTE DE SIGNES LORS DE L'EXAMEN MÉDICAL):

• Pneumologue	17 essentiellement pour des Quanti-férons positifs mais aussi pour des anomalies à la RP (sarcoïdose détectée à l'embauche)
• Dermatologue	3 dermatoses semblant avoir des relations professionnelles
• Neurologue	6 (signes périphériques → EMG)
• Orthopédiste	4
• Psychiatre	8
• Cardiologue	8
• Médecin rééducateur	8
• Chirurgien	1
• Médecin traitant	18
• Autres (médecin de la CNS)	6
• Endocrinologue	6
• Rhumatologue	4
• Gastro-entérologue	2
• Ophtalmologue	2
• Urologue	2

COMPTABILISATION DES PATHOLOGIES MARQUANTES CHEZ LES SALARIÉ(E)S PENDANT LA PÉRIODE DE RÉFÉRENCE**AFFECTIONS QUI ONT UN CARACTÈRE IMPORTANT D'UN POINT DE VUE ÉPIDÉMIOLOGIQUE**

Domaine de la pathologie	Incidence ** Nombre de salariés concernés parmi ceux qui ont été examinés sur la période de référence		
	Nombre	DONT	Maladies en relation avec le travail
Cancérologie	26	dont 17 cancers du sein	
Cardiologie	53	dont 22 HTA	
Dermatologie	13		3 dermites de contact
Endocrinologie	27	Essentiellement diabète et problème thyroïdien	
Gastro-entérologie	27		
Gynécologie	16	dont 10 interventions	
Hématologie	3		
Lésions traumatiques	117	47 fractures (4 vertèbres, 1 crane, 2 nez et 41 membres) Entorses, luxations ou simples contusions	dont 13 atteintes de la coiffe des rotateurs → TMS
Maladies infectieuses	9		
Neurologie	29	2 maladies de Parkinson	canal carpien (11), 1 atteinte cubitale → TMS

Ophtalmologie	2		
O.R.L.	2		
Pneumologie	11		
Psychiatrie	85	Essentiellement des dépressions de légères à très sévères	Etat de stress post-traumatique (3)
Rhumatologie	160	Arthroses (prothèses genoux ou hanches, hallux valgus...) Hernies discales le + svt opérées 6 poly-arthropathies inflammatoires	Epicondylites, coiffes des rotateurs Lumbago → TMS
Urologie- néphrologie	5		
TOTAL	585		

** Affections nouvellement survenues sur la période de référence (après embauche)

Depuis que nous voyons les personnels en visite de reprise ou de pré-reprise nous avons une vision bien meilleure de leur pathologie et nous pouvons constater qu'un nombre important de salariés a des maladies graves et/ou invalidantes. Les pathologies les plus fréquentes en dehors des traumatismes touchent l'appareil locomoteur que ce soit des pathologies plus ou moins professionnelles comme les problèmes d'épaule pour le personnel soignant ou du transport, de dos pour ceux qui manipulent des charges lourdes ou mobilisent des patients.

Certains salariés, souvent jeunes peuvent souffrir de rhumatismes inflammatoires. L'arthrose en général, touche les membres inférieurs ou la colonne vertébrale, entraîne aussi un absentéisme important et le plus souvent un aménagement de poste à la reprise.

Les pathologies psychiatriques sont la deuxième pathologie la plus fréquente. Ce sont la plupart du temps des dépressions qui vont de la dépression simple ou réactionnelle à un événement, à des manifestations très sévères. Le suicide reste actuel dans la population que nous suivons en santé au travail. Lorsqu'il survient, il est traumatisant pour la famille, les amis, mais aussi pour les collègues de travail, nécessitant parfois une prise en charge spécifique. Même si l'origine des problèmes psychiatriques n'est que rarement purement professionnelle, le climat général de l'hôpital ou du service peut être un facteur aggravant ou au contraire apaisant.

COMMENTAIRES SUR LES MALADIES À CARACTÈRE PROFESSIONNEL

(Pathologies dépistées en médecine du travail, maladies à caractère professionnel, aspects psychosociaux, stress, harcèlement sur le lieu de travail, travailleurs handicapés)

MALADIES INFECTIEUSES:

- Exposition tuberculeuse:

73 personnes ont été exposées à 9 patients contagieux et ont bénéficié d'un suivi spécifiques mais aucun virage tuberculinique n'a été observé.

- AES:

151 AES ont été déclarés en 2013 contre 177 en 2012. Aucune séroconversion n'a été constatée en 2013.

RISQUES PSYCHO-SOCIAUX:

- La restructuration de certains services peut entraîner:
 - une diminution des effectifs et une plus grande polyvalence avec une adaptation à de nouvelles techniques ou procédures
 - des modifications des horaires (augmentation des amplitudes ou même travail de nuit, participation aux gardes ...)
 - des changements de localisation (trajets plus longs, problème de parking, nouveaux repères, nouveaux réflexes à trouver).

Ces changements peuvent diminuer l'efficacité et la rapidité des tâches habituellement réalisées sans problème, entraîner des reproches et contribuer à la perte de confiance en soi, en un mot augmenter le stress.

- Contact avec une clientèle de plus en plus exigeante et pressée, voire agressive (accidents par contacts avec patients agités, agressions par tiers).
- Responsabilisation de plus en plus accrue (plus vite, plus performant, sans aucune erreur) avec les mêmes effectifs (ou moins) et dans des conditions parfois difficiles (interruptions des tâches, mauvaise communication ...).

- Informatisation généralisée (outil plus ou moins maîtrisé par les utilisateurs, aléas de fonctionnement ...).
- Travail en trois postes, horaires décalés et le week-end peut favoriser les troubles du sommeil, fatigue, difficultés familiales

L'étude des indicateurs que ce soit l'absentéisme, les accidents ou les incidents de travail, les plaintes (ou erreurs) qu'elles émanent des patients, des personnels ou des médecins sont utiles pour comprendre le mécanisme de survenue afin de trouver des solutions pour améliorer la situation.

ACCIDENTS DE TRAVAIL

Accidents de trajet			
Mécanismes de survenue	Avec arrêt	Sans arrêt	TOTAL
Accident avec véhicule	51	83	134
Agression par tiers	0	2	2
Autre	0	1	1
Choc avec un élément fixe	1	0	1
Chute/glissade dénivelé	6	7	13
Chute/glissade plain pied	24	28	52
Contact produit toxique	0	1	1
Faux mouvement	0	1	1
Objet en mouvement	1	2	3
TOTAL	83	125	208
Accidents de travail			
Accident avec véhicule	0	1	1
AES	1	150	151
Autre	7	11	18
Choc avec élément fixe	8	17	25
Chute/glissade dénivelé	11	12	23
Chute/glissade plain-pied	20	39	59
Contact malade agité	7	44	51
Contact produits toxiques	2	9	11
Effort/manutention charges	11	8	19
Effort/manutention malade	26	27	53
Electricité	1	0	1
Faux mouvement	7	12	19
Manip. objets/outils hors AES	6	26	32
Objet en mouvement	19	53	72
Récipient avec liquide chaud	3	2	5
Total des accidents de travail sauf trajets	129	411	540

Si on considère les accidents **avec ou sans arrêt de travail** les AES sont toujours les plus nombreux, les objets qui tombent ou les chariots qui heurtent les personnes, les chutes et glissades sur des sols mouillés ou souillés, les efforts pour mobiliser les patients viennent ensuite. A noter, une augmentation régulière des accidents lors des contacts avec les patients agités.

Par contre, si on considère les accidents de travail **ayant entraîné un arrêt de travail**, les accidents lors des mobilisations de patients sont les plus nombreux il est donc nécessaire d'axer la prévention sur les formations à la manutention des patients et à l'utilisation de matériel adapté.

ACTIONS DES MÉDECINS DU TRAVAIL:

- Au sein de la FHL

Participation à une formation en radioprotection pour les responsables du contrôle physique au Luxembourg (présentation de la surveillance médicale des travailleurs exposés par un des médecins)

- Avec la radioprotection (plusieurs réunions pour organiser les suivis radio-toxicologiques ou dosimétriques)
- Avec le Ministère de la santé: participation à l'audit de la prise en charge du cancer au Luxembourg
- Au sein des hôpitaux:
 - Présentation du rapport d'activité au comité mixte
 - Participation aux comités d'hygiène et de sécurité et de radioprotection dans les hôpitaux où ils existent
 - Mise à jour de l'inventaire des postes à risques avec les préposés à la sécurité
 - Participation à une journée de sensibilisation des risques professionnels dans un hôpital (présentation des risques psycho-sociaux)
 - Réunions diverses avec les responsables souvent lors des reclassements
 - Visites des locaux surtout lors de leur transformation ou rénovation ou au décours de plaintes particulières décrites lors des examens médicaux.

Relations publiques Relations internationales



LE SITE WEB DE LA FHL www.fhlux.lu SE PRÉSENTE SOUS UN NOUVEAU LOOK ET AVEC UN NOUVEAU CONTENU

Le site WEB de la FHL a fait peau neuve. Le site relooké est devenu accessible en juin 2013 et il a été présenté officiellement à l'occasion de l'Assemblée Générale du 4 juin 2013. La FHL a misé sur un outil pratique et ergonomique avec des fonctionnalités nouvelles et des potentialités d'évolution dans le sens d'une gestion électronique de l'information et des documents de plus en plus poussée.

L'Assemblée Générale de la FHL du 4 juin 2013



© Manuel Manrique

L'Assemblée Générale 2013 de la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois s'est tenue le 4 juin 2013 dans les locaux du siège social à Luxembourg-Bertrange.

Indépendamment de l'ordre du jour habituel, ce fut aussi l'occasion pour les participants d'échanger leurs visions sur les questions d'actualité et l'avenir du secteur autour d'un verre de l'amitié et d'un buffet à l'issue de l'Assemblée.

Monsieur Paul Junck a, en sa qualité de Président de la FHL, rappelé l'engagement de deux importants acteurs de la FHL au cours des nombreuses années écoulées et qui ont quitté leurs fonctions d'administrateurs en 2012, à savoir Monsieur le Docteur André Kerschen et Madame Yvonne Kremmer.

Docteur André Kerschen a été membre du Conseil d'administration de la FHL/EHL depuis 2002 et il y a

représenté le Centre Hospitalier de Luxembourg jusqu'au 1^{er} juillet 2012.

Madame Yvonne Kremmer a été successivement membre effectif et membre suppléant du Conseil d'administration de la FHL/EHL depuis 1998 et y a représenté le Centre Hospitalier de Luxembourg jusqu'au 31 décembre 2012. Madame Kremmer était aussi très active au niveau d'un certain nombre de commissions

et groupes de travail de notre association.

Madame Kremmer et Docteur Kerschen se sont vus remettre chacun une œuvre d'art comme geste de gratitude pour leur engagement envers l'association au cours des années écoulées.

Avant de se quitter les membres du Conseils d'administration reconduits ou nouvellement votés se sont pliés au rituel de la séance de photographies afin de mettre à jour le nouveau site de la FHL qui a été présenté officiellement en fin de réunion: www.fhlux.lu.



M. Paul Junck avec Dr A. Kerschen



Mme Y. Kremmer



© Manuel Manrique

Conférence annuelle consacrée aux secteurs de la santé et des sciences de la vie, le 16 janvier 2013



Deloitte.

Deloitte Luxembourg en collaboration avec la FHL



L'événement a rassemblé une centaine d'experts du marché local, avec en invité d'honneur, Monsieur Mars Di Bartolomeo, Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale.

Ouverte par Mars Di Bartolomeo, Gilbert Renel, co-leader de l'Industrie «Healthcare & Life sciences» de Deloitte Luxembourg et Paul Junck, Président de la FHL, la conférence a été organisée autour de 3 tables rondes permettant d'aborder les principales thématiques et tendances en matière de santé et sciences de la vie. Les grandes problématiques et tendances de ce secteur ont été discutées lors des tables rondes, modérées par Paul Junck, Frank Gansen, Premier Conseiller de Gouvernement, Commissaire aux Hôpitaux du Ministère de la Santé, et le Dr Jules Hoffelt, Président du Conseil Médical du Centre Hospitalier du Kirchberg.

«Les soins de santé connaissent actuellement de profonds bouleversements. Traditionnellement dictés par l'offre, ils sont de plus en plus tributaires de la demande. De nombreux défis se posent, parmi lesquels

des patients plus exigeants, davantage de pressions sur les coûts, des évolutions technologiques fulgurantes, l'accélération de la mondialisation et la disponibilité accrue des données médicales et organisationnelles.» explique Gilbert Renel.

«Ces défis appellent de rapides changements au sein du secteur, impactant l'organisation, la gouvernance et le leadership des prestataires de soins de santé. Mais ils représentent également de formidables opportunités qui, comme cela a été démontré lors des différents exposés et des différents débats du jour, ne viendront pas uniquement du secteur lui-même, mais également d'une collaboration accrue avec d'autres secteurs d'activités, en particulier celui des sciences de la vie.» développe Luc Brucher, co-leader de l'Industrie «Healthcare & Life sciences» de Deloitte Luxembourg, qui reprend le leadership de l'industrie des mains de Gilbert Renel.

Lors de l'événement, des tendances clés ont été mises en exergue, parmi lesquelles:

- L'évolution démographique qui nécessitera le déploiement de

solutions nouvelles afin de mieux équilibrer l'offre et la demande de soins de santé.

- La nécessité d'une plus grande maîtrise des coûts tout en maintenant un niveau élevé de qualité dans les traitements, soins et services offerts aux patients.
- L'accélération de la globalisation, et du niveau de transparence demandé par les parties prenantes du secteur (prestations, qualité, prix, sécurité...).
- L'augmentation exponentielle du volume des données disponibles et de la capacité à les traiter et les exploiter dans le cadre notamment de la médecine préventive et personnalisée.
- Le basculement vers une industrie de la santé et des soins de plus en plus tirée par la demande que par l'offre.
- Les impacts des évolutions technologiques, notamment sur les services fournis au patient et le partage des informations.
- Les conséquences des évolutions générationnelles sur le comportement et les interactions entre patients et professionnels

de santé et entre les employés/cadres/directions des établissements mêmes.

- L'évolution d'un système de traitement essentiellement curatif (guidé par le diagnostique) vers un système de traitement plutôt préventif (basé sur la génomique).
- L'augmentation de la vitesse du changement (constatée notamment au travers des défis et tendances précités), nécessitant la mise en œuvre de nouveaux

concepts de gouvernance et styles de leadership.

Gilbert Renel a conclu la conférence en reprenant les principaux impacts des différences tendances évoquées et débattues lors des tables rondes, en particulier sur les volets de la gouvernance et du leadership dans les différents secteurs, aussi bien de la santé, des soins que des sciences de la vie.

La conférence s'est clôturée par un 'walking lunch', qui a permis à

l'assemblée d'une centaine de personnes présentes de poursuivre leurs discussions et networking.

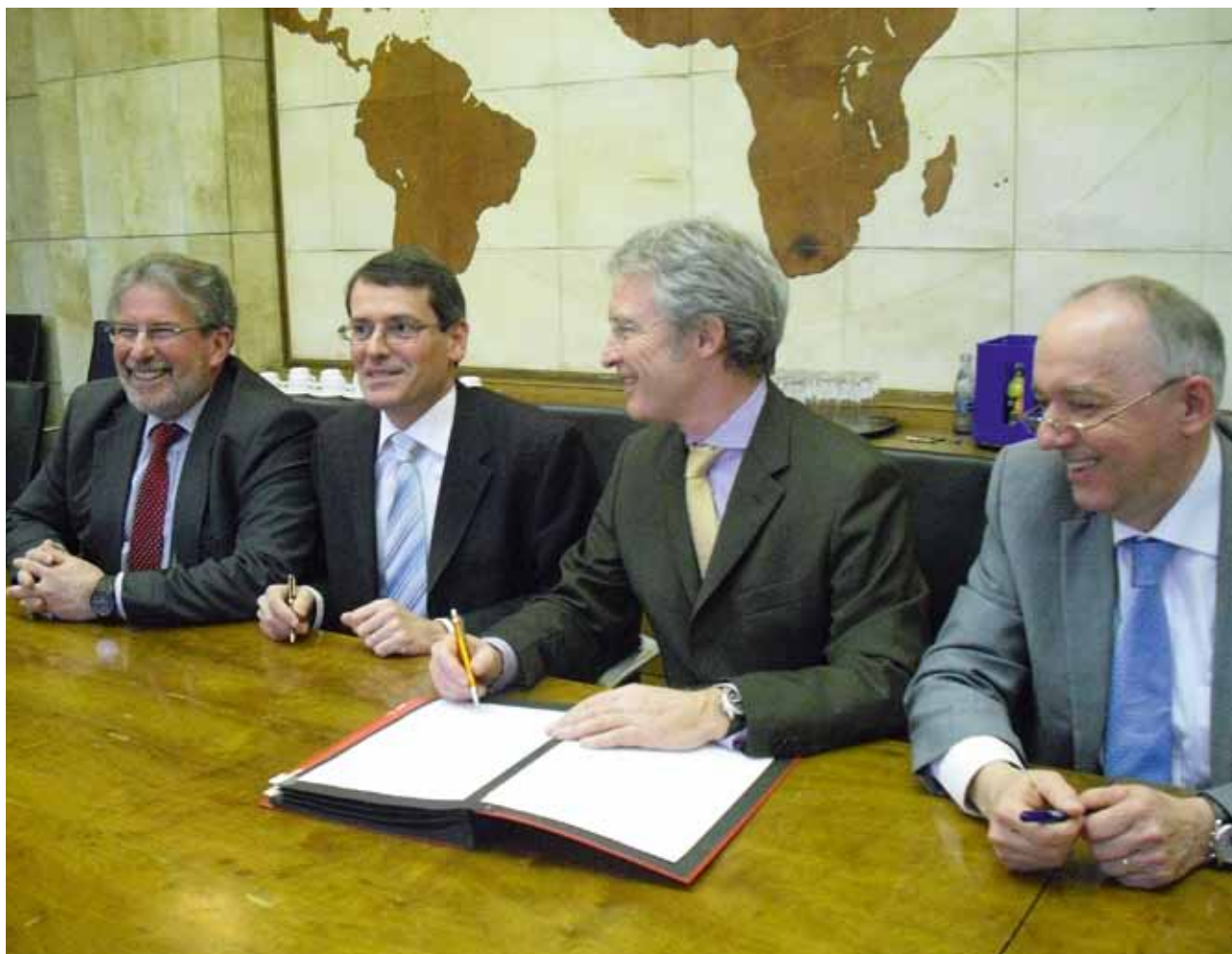
Gilbert RENEL

Luc BRUCHER

DELOITTE - Life Sciences & Healthcare



Signature d'une convention entre la FHL et la Croix-Rouge luxembourgeoise, le 1^{er} mars 2013



De gauche à droite: Monsieur Mars Di Bartolomeo, Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale, Monsieur Michel Simonis, Directeur Général de la Croix-Rouge luxembourgeoise, Monsieur Paul Junck, Président de la FHL et Monsieur Marc Hastert, Secrétaire Général de la FHL

Le 1^{er} mars 2013, en présence de Monsieur Mars Di Bartolomeo, Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale, la FHL et la Croix-Rouge luxembourgeoise ont conclu une convention donnant le coup d'envoi d'un projet sans précédent.

Cette convention définit un mécanisme innovant: la FHL va mettre en œuvre un appel d'offres en vue de l'achat de médicaments dérivés du plasma humain. Ces fournitures seront produites sur base d'une

matière de départ comprenant du plasma collecté par le Centre de Transfusion Sanguine de la Croix Rouge luxembourgeoise.

La FHL agira, en tant que centrale d'achat, pour le compte de 5 établissements membres:

le CHEM, le CHL, le CHdN, la FFE et la ZithaKlinik.

Les principaux objectifs de l'appel d'offres sont d'assurer la continuité de l'approvisionnement des éta-

blissements en dérivés plasmatiques à un rapport qualité/prix optimisé.

La synergie que traduit la convention du 1^{er} mars 2013 contribue par ailleurs à encourager les dons volontaires et non rémunérés de sang ou de plasma et marque l'adhésion des parties à la politique d'autosuffisance du Grand-Duché de Luxembourg en sang, en composants sanguins et en produits sanguins.

Rencontre avec une délégation des hôpitaux tchadiens, le 16 mai 2013



La Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois a accueilli le 16 mai 2013 une délégation du Ministère de la Santé Publique du Tchad pour un échange de propos concernant les secteurs hospitaliers luxembourgeois et tchadien. Cette rencontre, menée par Monsieur le Docteur Saleh Abdel Salam, Directeur Général de l'HGRN, avec la participation de Monsieur le Dr Anour Mahamat Abdel Aziz, Chef de service des Urgences à l'HGRN et Doyen à la Faculté des Sciences de la

Santé de N'djamena et Monsieur le Professeur Kaboro Mignagnal, Chef de service de la Réanimation à l'HGRN et Vice Doyen à la Faculté des Sciences de la Santé de N'djamena, chargé de Recherche, a été initiée à la demande de Monsieur Antoine Hientgen, Consul honoraire de la République du Tchad qui a également participé à la rencontre, ensemble avec son homologue belge. A cette occasion des opportunités pour d'éventuelles collaborations ont été évoquées.

Une deuxième rencontre est prévue pour l'automne 2013, idéalement en marge du Congrès de l'Association Européenne des Directeurs d'Hôpitaux, ce qui permettra des échanges avec d'autres acteurs européens, notamment les hôpitaux belges déjà en contact.

Autres interventions de la FHL

Travaux dans le cadre des associations hospitalières internationales.

Colloque «Dépendance, Grand Âge, Grande Région»: Présentation par la FHL du système de santé et de protection sociale au Luxembourg (Palais des Congrès de Nancy le 09 avril 2013)

V^{ème} Symposium International – Regards croisés sur les transformations de la gestion et des organisations publiques. La gestion stratégique des administrations publiques à l'aune des objectifs et résultats de performance publique. Présentation par la FHL du pilotage stratégique des innovations organisationnelles dans la sphère publique: Application aux établissements hospitaliers luxembourgeois (CRP-Henri Tudor, les 28 et 29 novembre 2013).

etc.

Rencontres avec Haus OMEGA pour une possible adhésion à la FHL

24^e Congrès de l'AEDH du 28 au 29 novembre 2013 à Luxembourg



Hospital Management in Times of Crisis Constraints, Challenges and Opportunities

Attended by over 450 delegates from 18 different countries, the 24th EAHM congress was a resounding success packed with top quality speakers, inspiring roundtable discussions and a lively social programme. The two day congress was split into three sessions: Strategic Guidelines in Crisis, Business Process Re-Engineering and New Buildings, New Logistics, New Technologies. Topics ranged from change management to value-creating partnerships; from laboratory management to innovative hospital architecture.

Although speaking about their experiences from all over Europe, most of the congress speakers highlighted the same issues and challenges and time and time again they stressed the importance of the patient.



Technological Evolution, Economic Crisis and Hospital Management of the Future

Keynote speaker,
Joel de Rosnay -

Molecular Biologist, Science writer, President of Biotics International and Futurist, really set the tone for the congress highlighting the world of possibilities that new technology is bringing to healthcare. His speech focused on the hospital of the future and he wowed delegates with exciting new technologies such as electronic tattoos, intelligent medicine and 3D printers.

De Rosnay believes that technologies are changing hospitals. We must go digital and be prepared to be more dynamic (e.g. using social networks to interact with patients). For future success doctors should be educated in management. He believes there are three conflicting logics in the hospital: administration, medical and care professionals and that co-education is key.

In order to better manage in times of crisis, de Rosnay recommends changing our rigid system to a more fluid system. Information exchange is key, as is keeping it 'human' and encouraging social links. Hospitals should embrace innovative systems and become trans-

versal as opposed to pyramid/vertical. Finally he emphasised that problems should be solved together.

Strategic Guidelines in Crisis

The first session focused on strategic guidelines in crisis with interesting presentations from the UK, Germany, Luxembourg and Switzerland. Andrew McCormick, Permanent Secretary for Health in Northern Ireland spoke about the transformation of care in Northern Ireland. He emphasised the importance of having a clear, strategic view on how to enable and promote change. In Northern Ireland they have developed roadmaps for doctors and recognise the need for innovative tools and practices in healthcare. Process changes must be supported and most of all, changes must be centred on individuals.

McCormick stressed the importance of European collaboration, citing e-health as an enabler for change and the EU Connected Health Alliance as good examples of such collaboration.

Moving across the Irish Sea, Peter Lachmann, Deputy Medical Director of Great Ormond Street Hospital focused on leadership and management in times of crisis and discussed how the system could change to better reflect the needs of the patients as well as to cope with the current economic situation. A medical doctor himself, Lachmann explained that doctors are taught to ask for more; more tests, more technologies etc. The question is whether we actually have to spend more.

Lachmann stressed that costs cannot be cut without reordering priorities. He believes that it is possible to

take money out of the system and still make it better. But it is up to us, managers and practitioners, to decide. Real change should come from the bottom up and ideally there should be a large system-wide transformation. His key methods are distributive leadership, real data in real time, honour the work of the frontline, physicians as partners and involved patients.

His six steps for successful change are:

1. Change the clinical paradigm;
2. Reduce variation as the main problem;
3. Address flow to improve safety;
4. Decrease per capita cost growth in spending;
5. Measure differently; and
6. Introduce value as the aim of management.

Irmaut Gurkan, Head of Administration of Heidelberg University Hospital gave the university hospital perspective. Describing the situation in Germany, she highlighted the fact that there is a lot of competition in Germany, with too many beds and too many hospitals. Like the speakers before her, she believes that a change in culture is needed with new strategies and objectives. However, she went on to suggest that hospitals should behave more like companies while remaining ethical and committed to quality care provision.

In order to grow, hospitals must be willing to create new networks. Advances in medical care need a balanced budget so that profit can be invested into new technologies. Her strategy for the future is reorganisation and increased cooperation with others. We can start new companies

for innovation to achieve our clinical objectives and also secure our market share. She concluded emphasising that size is not important, but the speed of our response and that we must go back to our core business-quality patient care.

Simon Scrivens, Managing Director of Healthcare at Sodexo spoke about partnerships to create value. For him, partnerships have to be based on mutuality; all parties must be on board in order to make it work. For Scrivens, risk in healthcare must be managed by the organisations best placed to manage it. Core competences are used less in healthcare than other parts of the economy; we have to realise that sometimes, outside organisations are better placed to deliver a particular service. His top tips for these value-creating partnerships include thinking strategically, and focusing on the long term, not just short term fixes. Communication between partners is essential at all stages of the process as is transparency.

No congress dealing with management in times of crisis would be complete without a contribution from the finance industry. Yves Nosbusch, Chief Economist at BGL BNP Paribas gave us the insider knowledge on the macro-economic outlook and the implications for financing and investment. He was positive in his assessment, pointing to growth but also warned of the risk of falling back into recession.

Eric de Roodenbeke rounded off the first day of the congress with an exciting presentation on the joint project for an international competency framework for healthcare managers. This global project aims to strengthen health management as a profession and is something that the EAHM have been heavily involved with.

Business Process Re-Engineering

The second day of the congress focused on practicalities with presenters talking about how they have improved processes within their hospitals. First up was Dr Jens Peukert and Dr Utiger who talked about their partnership involving a private hospital and a

consultancy. The reasons behind such a partnership lie in the private hospital patients' demand for the best care with top of the range technologies. Innovation was needed to reduce costs so together they analysed the data and used simulations to improve processes within the hospital.

Dr Katarzyna Mazur-Hofsäss, President of EMEA Reconstructive at Zimmer continued the idea of value creating relationships with her presentation, "Medtech companies: Suppliers or Partners?" She described the current paradox that it is good for the economy if the population spend more money on homemade cars and junk food but a crisis if we spend more on healthcare.

Medtech companies are changing their business models to address current market challenges. Operational excellence in manufacturing, supply chain and sales execution is a key goal as is the need to adjust to growing demand for economic outcome data. Companies must eliminate non-value adding activities and cost centres and shift from selling products to selling services. This is a two way process: hospitals don't want to pay for company inefficiency but similarly, companies don't want to pay for hospital inefficiency either.

Moving to the laboratory, Friday morning's session featured two presentations that focused on laboratory management. Mads Nybo from Odense University Hospital in Denmark showed delegates some practical examples of lab optimisation. He emphasised that the lab reflects the hospital in terms of work load, increased demand and economy. Labs are under pressure with an increasing number of samples, increasing demands to the test menu, increasing demands on turnaround time and increasing quality demands. He argued that the laboratory is not the department in which to cut costs but to invest as increased lab efficiency equates to increased hospital efficiency. Opportunities lie in IT and new technologies and point of care testing.

Florian Kainzinger, CEO of Labor Berlin also stressed the importance of the

lab. There is more to laboratory than test tubes, with patient data being a key feature of the department. Labs are integral to patient diagnosis and treatment and cannot be taken out of the patient record. For this reason he believes traditional outsourcing is not sufficient. The solution in Berlin was to create Labor Berlin, a company that combines the entire medical laboratory supply of the two hospital groups in Berlin. This equates to supplying over 10,000 hospital beds.

Rounding off the session on business process re-engineering, Prof. Peter Gausmann gave an overview of clinical risk management and the insurance industry. Our patients demand safety in diagnosis, treatment and care and clinical risk management ensures this is successfully delivered. A triad of insurance, claims and risk management suffices to cope with the outlined requirements. Networking these three elements creates a sustainable and effective safety concept.

New Buildings, New Logistics, New Technologies

The final session of the congress focused on New Buildings, New Logistics, New Technologies. Keith Hamer from congress partner Sodexo spoke about business continuity in healthcare institutions and presented his case for asset lifecycle and maintenance services. For Hamer, the three essential elements for business continuity are people, processes and infrastructure/equipment and hospitals must take care to balance costs with performance and risk.

Rafael Sala López told delegates about the innovative Spanish Marina Salud Hospital. 99.9% digital, the hospital uses state of the art technology and was designed to transmit a peaceful sensation to its patients. Creating a culture of impact assessments at Marina Salud ensures that the hospital focuses on its core value.

The last two speakers of the day energised the crowd with their innovative ideas. Dr Helen Bevan, Chief of Service Transformation, NHS Institute for Innovation and Improvements spoke about the need for transfor-

mational change in our hospitals and offered some interesting methods. Most large-scale change initiatives fail to meet their objectives and so she believes big change must come from a different perspective and it must be "high energy" change. Bevan introduced delegates to Change Day, which will take place on 03/03/14 and urged everyone to use the day to start a process for meaningful change in their hospitals, involving all level of staff.

Henny van Laarhoven, Director of Orbis Gruppe presented the Orbis Medisch Centrum, Sittard (NL) an innovatively designed hospital that puts patients at the centre- treating them as guests. Thanks to careful planning from the start, a high quality of care

and maximum efficiency are not mutually exclusive concepts at the OMC. Innovation can also be seen behind the scenes where managers are not allocated their own offices, freeing up more time to interact with colleagues and keep an eye on processes how and when they happen.

Conclusion

Each session ended with a roundtable discussion, which gave delegates the opportunity to actively participate in the congress and many lively debates were had on the topics of Financial Crisis and Efficient Communication, Manage the Change ... Change the Management, and Steering Innovation. These discussions continued during the networking sessions, with

delegates sharing their experiences and learning from each other.

The 24th Congress of the EAHM certainly fulfilled its mandate of educating delegates on hospital management in times of crisis. Organised at short notice due to the effects of the financial crisis on our Greek colleagues, the event itself is a testament to European solidarity, to facing challenges head on and achieving quality results. EAHM President Heinz Kölking closed the congress with the exciting news that IMPO, the new working model for the EAHM, has been formally accepted by the Board and Executive Committee in the Luxembourg Declaration.

Lee CAMPBELL
Managing Editor (E)Hospital

Appears in (E)Hospital Volume 16 Issue 1/2014

Impressions du 24^e Congrès de l'Association Européenne des Directeurs d'Hôpitaux du 27 au 29 novembre 2013 à Luxembourg



le 27 novembre 2013



Visites des établissements Rehazenter, Centre National de Radiothérapie François Baclesse et Centre National de Chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle l'INCCI



Le Dîner des Présidents avec les sponsors à la Table du Belvédère





Séance solennelle d'ouverture du congrès le 28 novembre 2013



M. Xavier Bettel, Bourgmestre de la Ville de Luxembourg



M. Paul Junck, Président de la FHL et
M. Heinz Kölking, Président de l'AEDH



Interlude musicale «Duo Orphée»



Madame Nathalie Reuter,
modératrice du congrès



Discours de Monsieur Mars Di Bartolomeo,
Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale



Notre Keynote Speaker,
M. Joël de Rosnay PhD, qui
a su captiver l'auditoire



Le vaste forum fut un lieu de networking
hautement apprécié par les exposants -
sponsors et tous les participants



Nos remerciements très chaleureux aux sponsors
pour leur soutien financier et moral!



Session 1 Orientations stratégiques en temps de crise



Dr Andrew McCormick, Secrétaire
permanent du Département de
la Santé des Services Sociaux et
de Sécurité Publique d'Irlande
du Nord



M. Simon Scrivens, Directeur
«Healthcare» de Sodexo (GB)



Mme Irmtraut Gürkan, directrice administrative
de l'Hôpital universitaire à Heidelberg (D)



Dr Peter Lachman, directeur médical
de l'Hôpital Great Ormond Street (GB)

Table ronde: «Communication efficace en temps de crise financière»



Dr Yves Nosbusch PhD, Economiste en chef auprès de la BGL BNP Paribas (L)



M. Eric De Roodenbeke PhD, CEO de la FIH/IHF (CH) et M. Pascal Garel, CEO de HOPE



Participants: Prof. Dr Jaroslaw J. Fedorowski (PL), Mme Marie-Lise Lair-Hillion (F), M. Frédéric Boiron (F), Dr med. Helmut Isringhaus (D)
Modération: Mme Joëlle Merges, journaliste

La réception «Welcome drink» dans la grande salle au Cercle Cité, le 28 novembre 2013



Accompagné par Saxitude (saxophone quartet)

Suite du Congrès avec la session 2, le 29 novembre 2013 au NCKK



Dr Jens Peukert, CEO de Lohfert&Lohfert AG (D)
Dr Dominik Utiger, CEO de la Hirslanden Klinik St. Anna AG, Lucerne (CH)



Dr Katarzyna Mazur-Hofsäss, Présidente de Zimmer EMEA (CH)



M. Mads Nybo PhD, de l'Université d'Odense (DK)



M. Florian Kainzinger PhD, CEO du Labor Berlin (D)



Prof. Dr Peter Gausmann, Directeur d'Ecclesia (D)

Table ronde: «Gestion du changement ... Changement de gestion»



Participants: Mme Mathilde Vigneron (F), Dr Jean-Marie Lançon (F), M. Pedro Morais (P), M. Jean-Philippe Bouriaud (F) - Modérateur: M. Peter Feist, journaliste



M. Keith Hamer, Group VP Engineering and Asset Management, Sodexo (GB)



Dr Rafael Sala López, Directeur médical de l'Hôpital de Denia (E)

«Awards Ceremony»



1^{er} prix Poster Session, CHL-Luxembourg



2^e prix Poster Session, Labor Berlin Services GmbH & Unfallkrankenhaus Berlin



Dr Helen Bevan, Chief of Service Transformation, NHS (GB)



Mme Henny van Laarhoven, Directrice/consultante, Orbis Group (NL)

Table ronde: «La conduite de l'innovation»



Participants: M. Dominique Legouge (F), Dr Jouko Isolauri (FIN), Prof. Dr Mieczyslaw Pasowicz (PL), Mme Marta Temido (P)
Modérateur: M. Marc Gerges, journaliste

La soirée de Gala au Chapito du Casino 2000 à Mondorf-les-Bains le 29 novembre 2013



M. Heinz Kölking, Président de l'AEDH présente le nouveau modèle de travail IMPO adopté par l'AEDH - Déclaration de Luxembourg



Les conclusions de deux journées très riches en débats par Prof. Dr Hans-Joachim Schubert, Directeur Général du CHdN, Président du Comité Scientifique du Congrès



Une publication de toutes les photos est désormais accessible: <http://eahm-luxembourg2013.lu> ou sur le site de l'AEDH www.eahm.eu.org

©Photos: Alsai Photography · Alfonso Salgueiro Lora · Gabriele Kirchner, VKD · Christian Marolt, 2013 (E)Hospital <http://www.HealthManagement.org>

Interview

Prof. Dr Hans-Joachim Schubert



Prof. Hans-Joachim Schubert, General Director of Centre Hospitalier du Nord and President of the Luxembourg Scientific Committee played a key role in the development of the 2013 congress programme. He also very aptly summed up the main points from the congress in his closing remarks. Managing Editor Lee Campbell spoke to Prof. Schubert to delve a little further into his insights.

Was “Hospital Management in Times of Crisis: Constraints, Challenges and Opportunities” a difficult theme to develop?

No, absolutely not. It was a natural theme to develop because we have been faced with these issues and necessary changes for many years now. In my opinion, the financial crisis has only accelerated the change in dynamics and the pressure to innovate.

You mentioned in your closing remarks that you were inspired by the congress. What did you find the most inspiring and why?

It was inspiring for me to hear and to experience that the situations in many European countries are quite similar. It was an opportunity to learn from those countries that have already finished the first enormous steps in reorganising their healthcare system and especially their concepts of the hospital and medicine. It was also inspiring to hear about the huge potential of innovative cooperation solutions between different “players” in the healthcare system and the opportunities for new information-, pharmaceutical- and medico-technological solutions.

Could you summarise the main constraints, challenges and opportunities for hospital management highlighted during the congress?

In terms of constraints, it is clear that current financial resources and the rigidity or resistance of established systems are affecting healthcare and hospital management in particular. There is also an issue with the power of those who profit most from the traditional system.

The main challenges highlighted during the congress were the ageing population with multiple and chronic diseases; better informed patients with higher expectations; and intense competition between hospitals in some countries.

Opportunities are arising in terms of innovations in information technology. There are also new diagnostic and therapeutic options as consequence of pharmacological and medico-technological innovations.

Advances in medical technology and other innovations hold many attractive opportunities for hospitals. However, do you think there is a danger that we are rushing in to new technologies and innovations without being aware of the long-term effects?

On the whole I am more optimistic about innovations and the opportunities they can bring in terms of efficiency, safety and quality in healthcare. However, there are definitely risks in terms of the security of patient related information and data. I do think we should be aware of profit-driven pseudo-innovations that provide little or no patient-value.

It was clear from many of the presentations that flexibility is becoming more and more important. How can hospitals and hospital managers become more flexible in their approach?

This is a difficult question and I don’t think there is a fast and general “one-size-fits-all” solution. Flexibility as characteristic of an organisation or a person depends on security and self-awareness. It takes time to make changes in an organisational culture and this must start from the top with its most prominent members. An important prerequisite is the right incentives for change and also the necessary political and institutional support.

One key theme from the congress was the importance of putting patients at the centre of healthcare. You talked about living up to the expectations and challenges of our patients. Could you expand on this?

Limited public resources, a growing competitiveness and better-informed patients with higher expectations force us to become more patient-oriented. As patients become more informed and demand more from their care providers we have no choice but to transform into patient-oriented and effective care environments without compromises. This patient-focused approach is underlined in the new EAHM work model IMPO, which was formally accepted at the congress.

You mentioned that in the past, when hospital managers got together they asked each other how many beds they had. Is this changing and why?

Yes it is changing. I think this change is happening for two reasons. The first is the change in paying systems and the second is the increased possibility to treat patients outside of the hospital in other care environments.

The next step will be to focus on how many patients are treated and the mean case-mix index. My vision for the future is that we will focus on how many patients are treated and the mean patient-value-index.

Reproduced by permission from (E)Hospital, www.healthmanagement.org: Interview: Prof. Hans-Joachim Schubert. (E)Hospital 16(1):16.

Publications

FHLInfo



TROIS PARUTIONS EN 2013: MARS/AVRIL, AOÛT/SEPTEMBRE ET NOVEMBRE/DÉCEMBRE.

Objectifs:

- Recenser les besoins en communication de la FHL, des établissements membres de la FHL mais également de divers organismes externes (p. ex.: le MINISTÈRE DE LA SANTÉ, les associations caritatives ...) Il s'agit de diffuser de l'information destinée à un large public concerné par le secteur hospitalier (**contacts & communication**).
- Suivre l'actualité du secteur de la santé afin de proposer régulièrement des initiatives de diffusion d'informations importantes (**recherche & lecture**).
- Collaborer et négocier avec l'agence de publicité (pour la régie publicitaire) (**contacts**).
- Rechercher un design/graphisme correspondant à l'image du FHLInfo (**lay-out / cover-page**).
- Collecter/rassembler les articles et adapter logiquement la structure de la brochure en fonction de la fréquence des sujets, respectivement de l'importance et de la lisibilité des articles (**mise-en-page & aspect visuel**).
- Rester régulièrement en contact avec l'imprimeur (**Imprimerie Heintz, Pétange**).
- Réaliser systématiquement des relectures visant à obtenir un contenu correct de cette revue quadri-lingue tout aussi bien au niveau de l'orthographe qu'au niveau grammatical (allemand, anglais, français et luxembourgeois) (**lectures / épreuves & bon-à-tirer**).
- Garantir la diffusion postale et la distribution manuelle (sous format électronique pour notre nouveau site web www.fhlux.lu) de la revue en 2.000 exemplaires en ce qui concerne les numéros 23 et 24, 2.500 exemplaires l'édition pour le congrès, au niveau national et international en fonction des destinataires précédemment identifiés (**création & mises-à-jour d'une base-de-données & mailing**).
- Evaluer dans le cadre d'une approche qualité les aspects positifs et les améliorations à apporter et ce après chaque diffusion de la brochure (**feed-back**).



Vie interne de la FHL

1. CONSEIL D'ADMINISTRATION ET COMMISSAIRES AUX COMPTES

ONT QUITTÉ LEURS FONCTIONS D'ADMINISTRATEURS EN 2013:

Dr Marco KLOP, membre suppléant du Conseil d'administration de la FHL/EHL depuis 2011, représentant la ZithaKlinik jusqu'au 4 juin 2013.

M. Guy THILL, anc. Trésorier de l'EHL, membre effectif du Conseil d'administration de l'EHL représentant le CHL jusqu'au 20.02.1998, membre suppléant du Conseil d'administration de la FHL/EHL depuis 2002 représentant la ZithaKlinik jusqu'au 4 juin 2013.

A QUITTÉ SES FONCTIONS DE COMMISSAIRE AUX COMPTES EN 2013:

M. Jean-Claude THINES, Commissaire aux Comptes de la FHL/EHL du 8 avril 2008 au 4 juin 2013.

2. SECRETARIAT GENERAL

RECRUTEMENTS / DÉPARTS

- Recrutement d'une assistante sous CDD, Mme Edyta GURGUL, dans le cadre des travaux préparatoires et de suivi d'événements en «relations publiques», notamment le congrès de l'AEDH en novembre 2013.
- Suite au départ en retraite de PhD Martine GRELOT-GENEAU, recrutement d'un expert en physique médicale sous CDI, PhD Yassine BEN HDECH.



BBC-FHL

Résultats des matchs «BASCOL» Division 3 – Saison 2013-2014



Matches ALLERS

Equipe A	Equipe B	Date	Heure	Lieu	Résultats
BLACK LIONS B	BBC-FHL	26.09.2013	20.30	DUDELANGE	66: 57
BBC-FHL	STATER LEIWEN	07.10.2013	20.15	REHAZENTER, Kirchberg	59: 36
BBC-FHL	CARGOLUX	04.11.2013	20.15	REHAZENTER, Kirchberg	52: 47
EIB	BBC-FHL	21.11.2013	20.15	GARE	forfait: /

Matches RETOURS

Equipe A	Equipe B	Date	Heure	Lieu	Résultats
BBC-FHL	BLACK LIONS B	13.01.2014	20.15	REHAZENTER, Kirchberg	42: 59
STATER LEIWEN	BBC-FHL	29.01.2014	18.30	GARE	51: 61
CARGOLUX	BBC-FHL	11.03.2014	20.15	Centre sportif, MUNSBACH	59: 70
BBC-FHL	EIB	24.03.2014	20.15	REHAZENTER, Kirchberg	73: 59

Pour toutes autres informations, veuillez contacter le secrétaire de l'équipe du BBC-FHL: M. Alain AREND, alain.arend@chem.lu



*debout de gauche à droite:
Luc Kartheiser, Florent Himme,
Michel Balducci, Camille Groos,
Arnaud Pyée*

*1^{ère} rangée de gauche à droite:
Jeff Bertemes, Max Theissen,
Philippe da Silva, Alain Arend*

*manquent sur la photo: Steve
Dondelinger, Laurent Rinnen,
Nathalie Simon*

Classement													
#	Équipe	Joué	Gagné	Nul	Perdu	Forfait	Points	Egalité	Diff. pts.	Quot. 1	Quot. 2	Off	Def
1	EIB	8	7	0	1	0	15.0					542	308
2	Black Lions B	8	4	0	4	0	12.0	4				395	432
3	BBC FHL	8	5	0	3	1	12.0	2				414	397
4	Staater Léiwen	7	2	0	5	0	9.0					301	398
5	BBC Cargolux	7	1	0	6	0	8.0					326	443

* Egalité: Points au classement en considérant uniquement les matches de ce tour entre les équipes à égalité de points

* Diff. points: Différence de points offensifs/défensifs en considérant uniquement les matches de ce tour entre les équipes à égalité de points au classement (considéré uniquement si 2 équipes à égalité de points)

* Quotient 1: Points offensifs/Points défensifs en considérant uniquement les matches de ce tour entre les équipes à égalité de points au classement (considéré si plus que 2 équipes à égalité de points)

* Quotient 2: Points offensifs/Points défensifs en considérant TOUS les matches de ce tour



2^{ième} PARTIE



COMMISSIONS ET GROUPES DE TRAVAIL DE LA FHL

TYPE DE GROUPE	NOMBRE DE COMMISSIONS OU GROUPES
I GROUPES FHL	
<u>Plate-forme</u> <ul style="list-style-type: none"> Bureau du CA PF des Directeurs Administratifs et Financiers PF des Directeurs Médicaux PF des Directeurs Soins 	4
<u>Comités et Commissions</u> <ul style="list-style-type: none"> Comité Physique Médicale Comité Pilotage « Achat Central » Commission Stratégique GRH Commission Finances Commission du Personnel 	5
<u>Groupes de travail de la FHL</u> <ul style="list-style-type: none"> Groupe Ad Hoc Normes administratives Groupe Ad Hoc Enveloppes des investissements Coordinateurs Protection des Données CPD Coordinateurs Qualité Groupe Technique Sécurité GTS Groupes MCT Groupements d'Achat 	Nombre variable
II GROUPES PARITAIRES	
<u>Commissions paritaires FHL/CNS</u> <ul style="list-style-type: none"> Commission des Normes Commission d'Evaluation Commission Technique d'Investissement Médico-technique Commission Technique d'Investissement Informatique Commission Technique Financière (Commission Paritaire Statistique jusqu'en 2012) Commission des Budgets 	6
<u>Commissions paritaires FHL/Syndicats (CCT FHL)</u> <ul style="list-style-type: none"> Commission paritaire (art 27) PF Rémunération par Fonction et Reclassification des Carrières (PF RFRC) PF Service de permanence (PF SP) PF Salariés quinquagénaires (PF SQ) PF Sauvegarde de l'emploi (PF SE) 	5

Réunions de travail

Assemblée Générale, Conseil d'administration, Comités, Commissions et Groupes de Travail:

TYPE DE REUNION	2009	2010	2011	2012	2013
Assemblée Générale Ordinaire	1	1	1	1	1
Conseil d'Administration	11	13	11	9	5
Directeurs Hôpitaux Généraux / Bureau du CA	5	13	5	8	9
PF-DS (Plate-Forme des Directeurs Soins)	4	13	9	6	8
PF-DAF (Plate-Forme des Directeurs Administratifs et Financiers)	6	13	16	16	15
PF DM (Plate-Forme des Directeurs Médicaux)			NC	NC	7
Total	27	53	42	40	45

Commissions paritaires FHL / CNS :					
Commission des Normes FHL/CNS (avec réunions prép.)	17	15	14	19	16
Commission d'Evaluation FHL/CNS	10	10	7	8	5
Commission Technique d'Investissement Médico-Technique FHL/CNS	2	1	3	2	3
Commission Technique d'Investissement Informatique FHL/CNS	2	2	1	1	2
Commission Technique Financière	9	12	11	7	14
Négociation Convention Cadre FHL/CNS			7	3	
Total	40	40	43	40	40

Ressources Humaines (hors SIRHIUS) et Sécurité et Santé au Travail					
Commission Stratégique GRH (y compris négociations CCT)	3	6	5	7	7
PF RFRC/ PF RFRC Technique + Workshops	37	7	4		
Commission du Personnel	4	6	3	2	
Groupe Technique Sécurité GTS	6	5	8	5	4
Total	50	24	20	14	11

TYPE DE REUNION	2009	2010	2011	2012	2013
Achat Central/Groupements d'achat :					
Comité de Pilotage Achat Central	7	9	6	5	4
Groupe d'achat « Médical »	4	3	8	4	3
Groupe d'achat « Non-médical »	10	1			
Groupe d'achat « Laboratoire »	8		1		
Groupe d'achat « Mammographie »	5				
Groupe d'achat « Médico-technique »		3	4	5	7
Groupe d'achat médicaments/perfusions			15	9	
Groupe de travail « Déchets hospitaliers »		2	1	2	
Groupe de travail « Conditions générales »			1	1	
Groupe de travail Scan				15	
Groupe de travail « Nutrition »				2	1
Total	34	18	36	43	15

Commissions et Groupes de travail					
Groupe Ad Hoc Normes administratives					4
Groupe Ad Hoc Enveloppes des investissements					3
Commission Finances	7	16	12	18	12
Coordinateurs qualité	9	5	8	15	20
Groupes MCT (y inclus réunions IA/PRN)	3	5	6	31	23
Plate-forme Stratégie Laboratoire/projet de mutualisation	8	1		1	3
Coordinateurs Protection des Données	0	0	2		1
Total	38	39	41	68	66

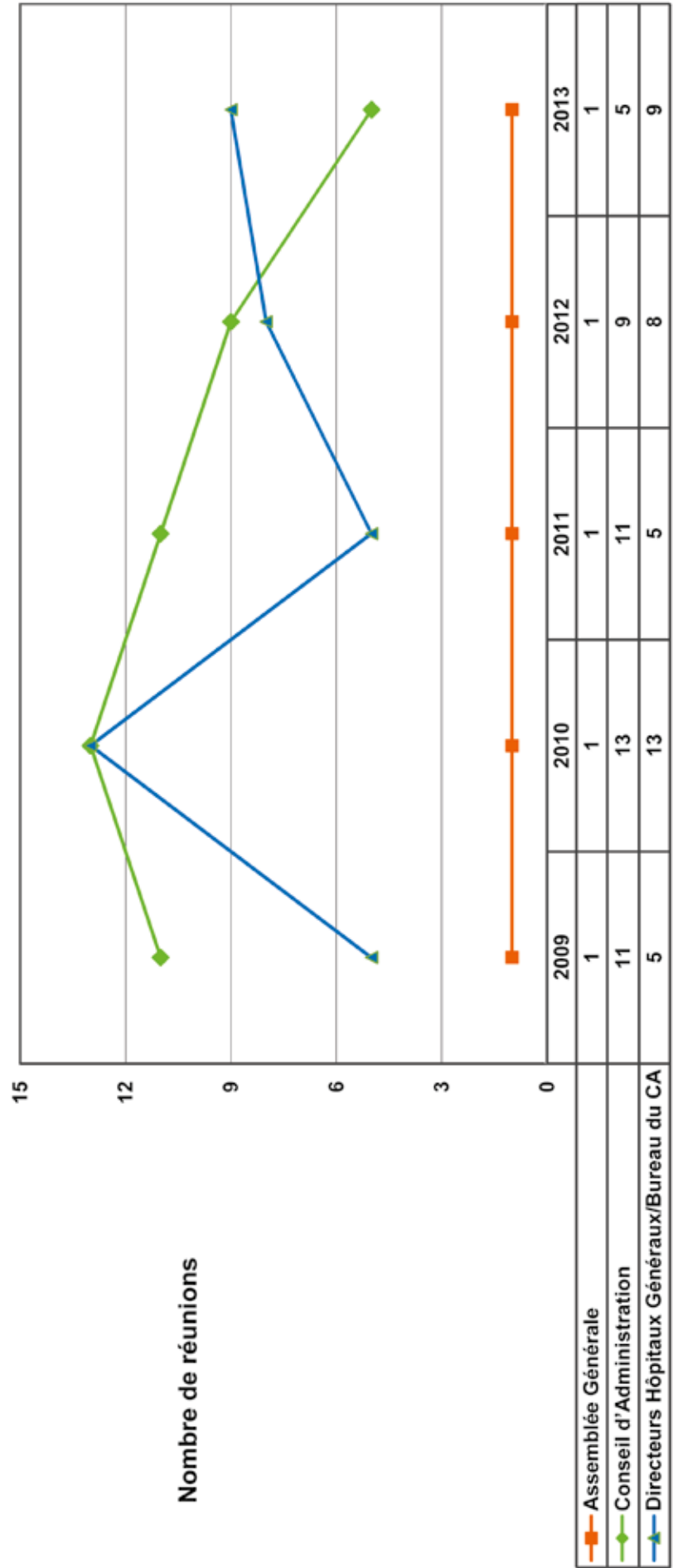
CIRCULAIRES

	2009	2010	2011	2012	2013
EHL/FHL	113	84	85	68	51
Conseil d'Administration (CA)	191	238	217	170	119
Bureau du CA				43	56
PF-DAF (Plate-Forme des Directeurs Administratifs et Financiers)	49	67	163	215	130
PF-DS (Plate-Forme des Directeurs Soins)	8	25	47	48	23
PF DM (Plate-Forme des Directeurs Médicaux)			15	27	21
Commission des Normes	63	46	54	42	22
Commission d'Evaluation	38	54	39	30	24
Commission technique financière (CTF/CSTAT)	20	24	23	35	46
Commission technique d'Investissement (mdt + info)	22	13	24	4	17
Commission Finances	85	94	104	136	88
Commission Stratégique GRH (+négociation CCT)	15	13	28	16	13
PF RFRC	75	5	12	1	
Commission du Personnel	65	70	62	36	33
Groupe de Travail Sécurité (GTS)	26	33	38	33	20
CP Achat central	37	62	40	19	31
Groupements d'Achat	108	29	39	41	30
GT Déchets Hospitaliers + Conditions Générales				8	
Physique médicale	1	3	3	12	5
SIST/EHL/FHL	3	1	2		
Coordinateurs Protection des Données (CPD)		5	14	5	1
Coordinateurs Qualité	14	15	14	42	36
Gestionnaires de Formation Continue	1	1		1	
GT Laboratoire	2	3			
HACCP		8	32		
Imagerie Médicale		6			
NOMBRE TOTAL DE CIRCULAIRES (AVEC LES CIRCULAIRES DES COMMISSIONS/GROUPES INFORMATIQUES NON REPRIS SUR LE TABLEAU)	995	959	1080	1052	
NOMBRE TOTAL DE CIRCULAIRES (SANS LES CIRCULAIRES DES COMMISSIONS/GROUPES INFORMATIQUES)	936	899	1055	1032	766

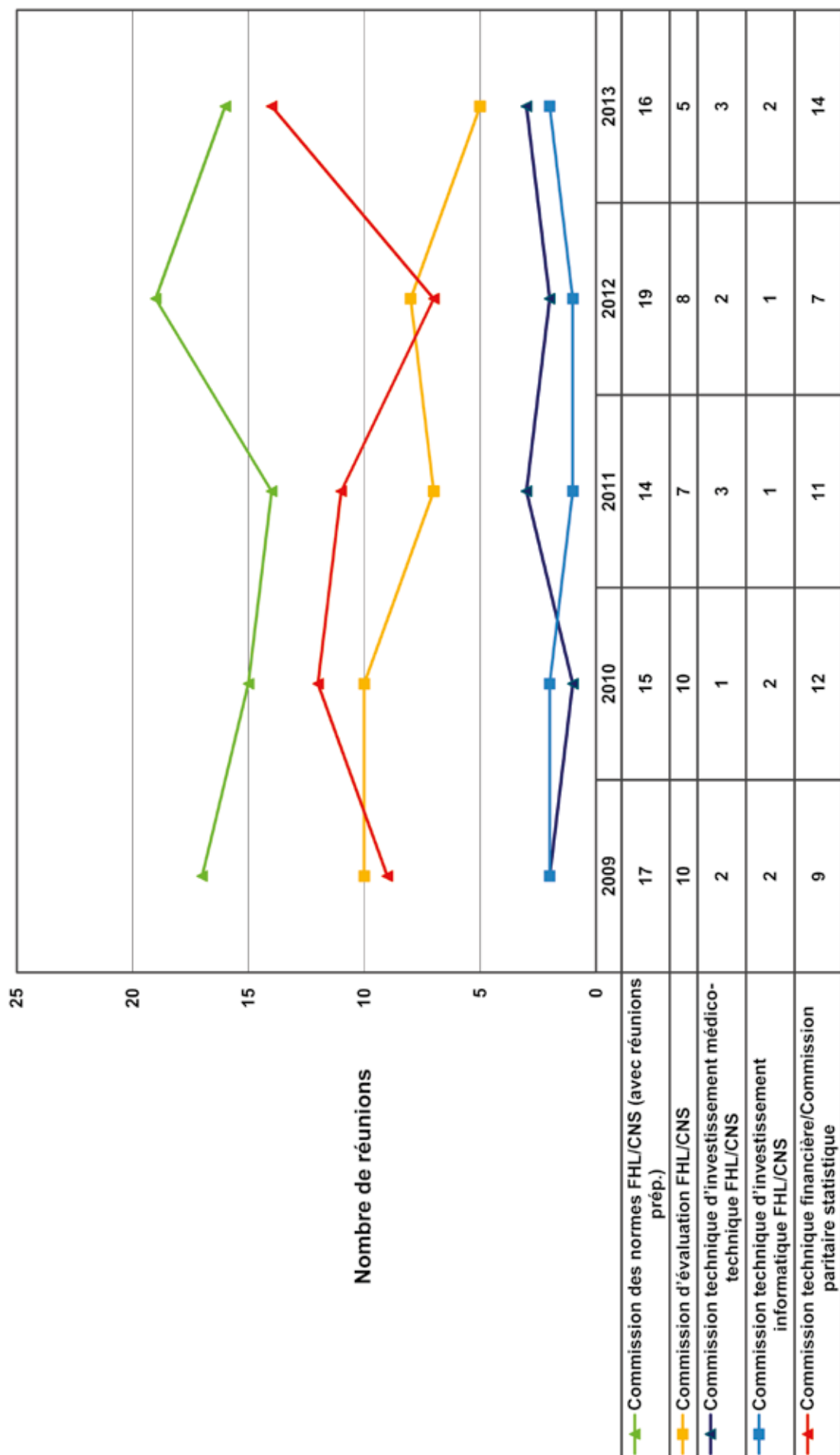
COURRIER

	2009	2010	2011	2012	2013
Nombre de courriers rentrés:	2560	2371	2180	2311	2002
Nombre de lettres envoyées:	221	213	225	246	121

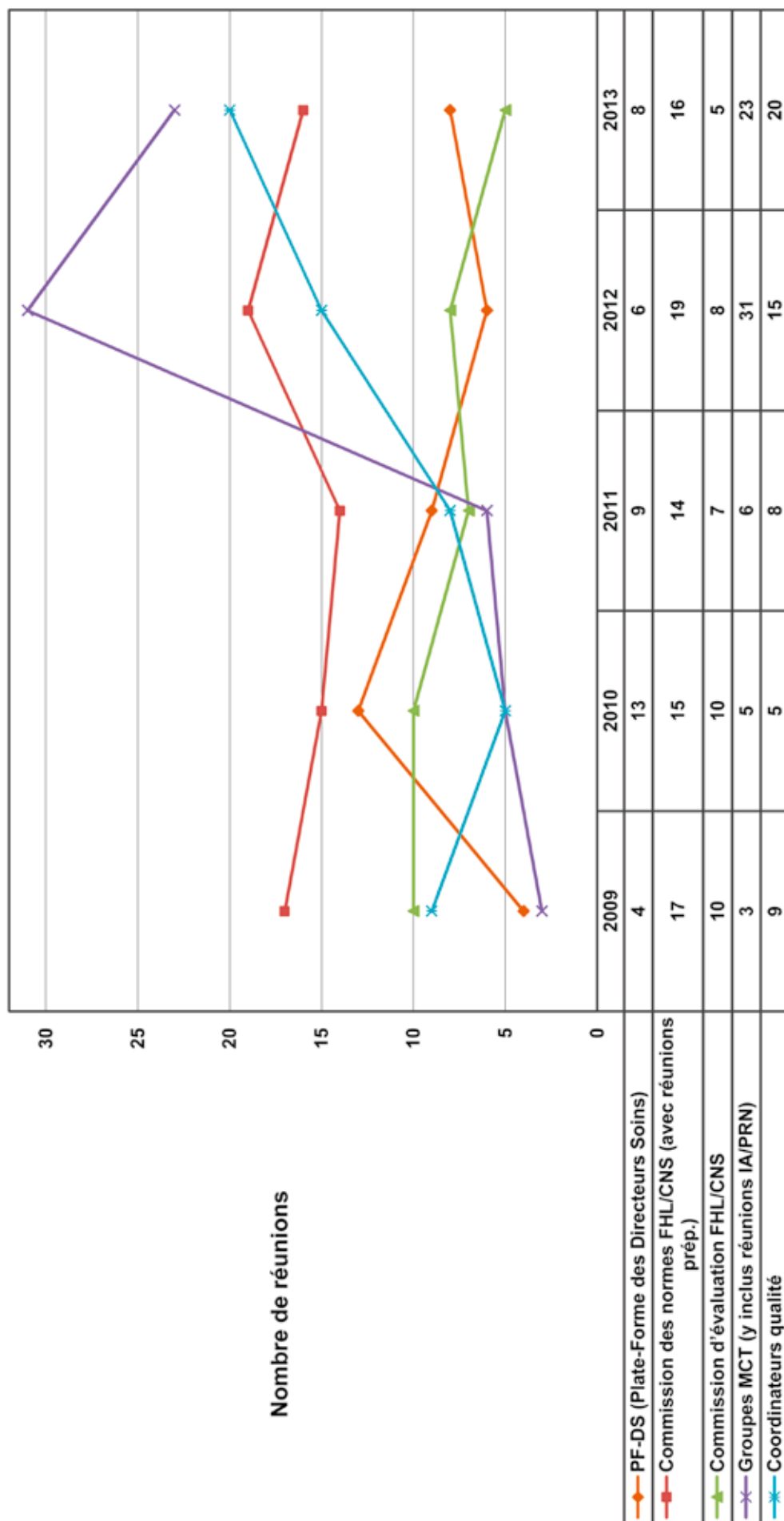
Assemblée Générale, Conseil d'Administration et Directeurs Généraux/Bureau du CA



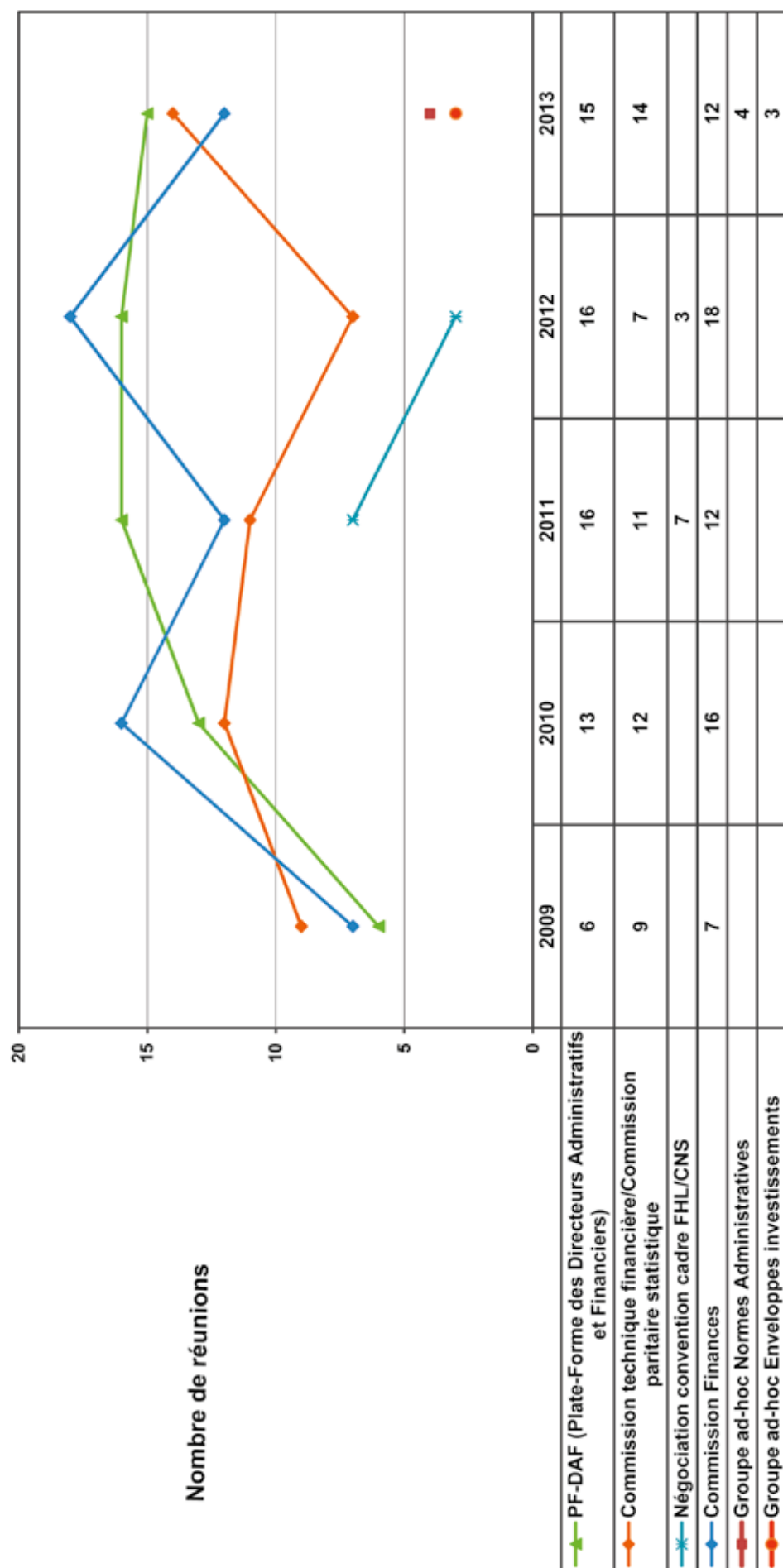
Commissions paritaires FHL/CNS



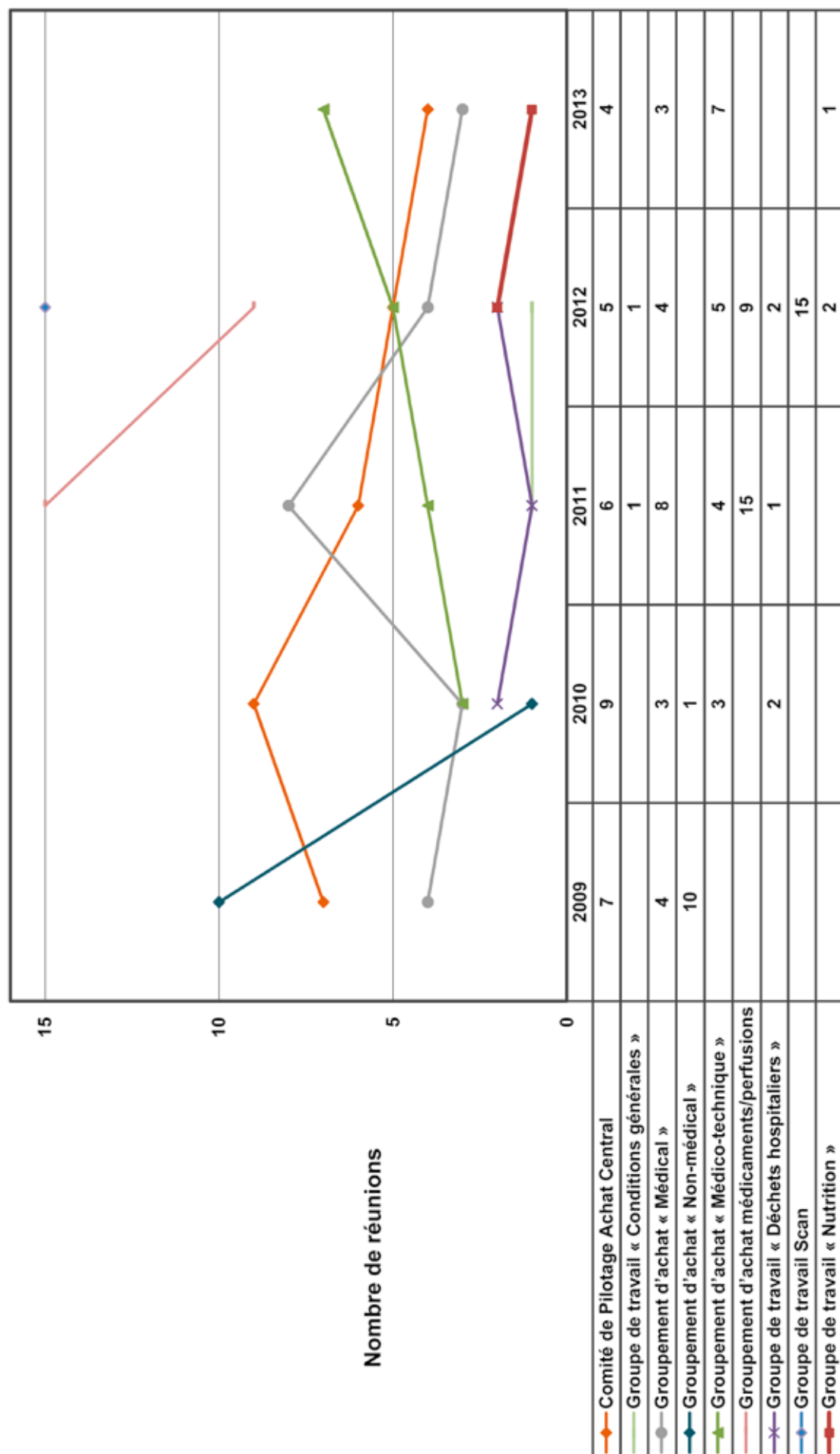
Normes et Qualité



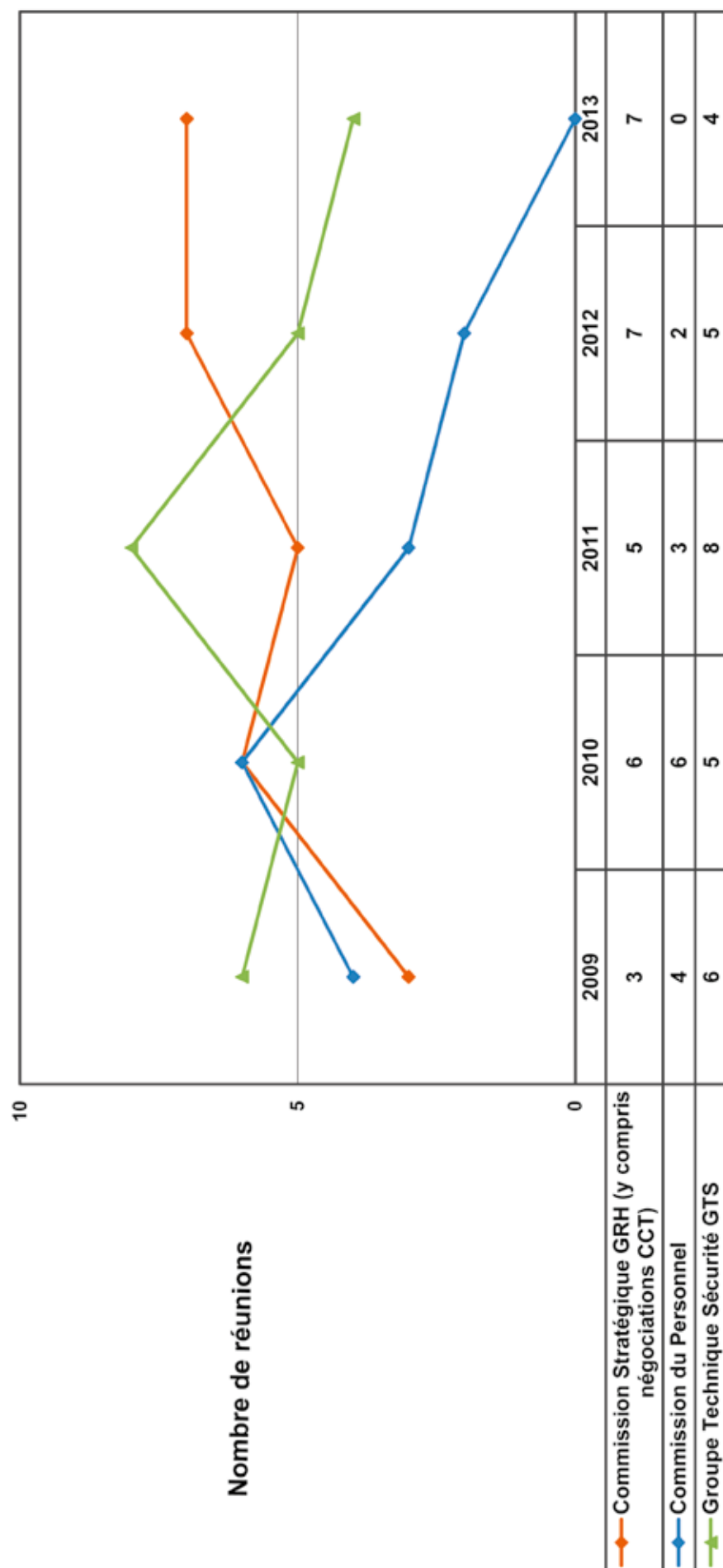
Administratif et Financier



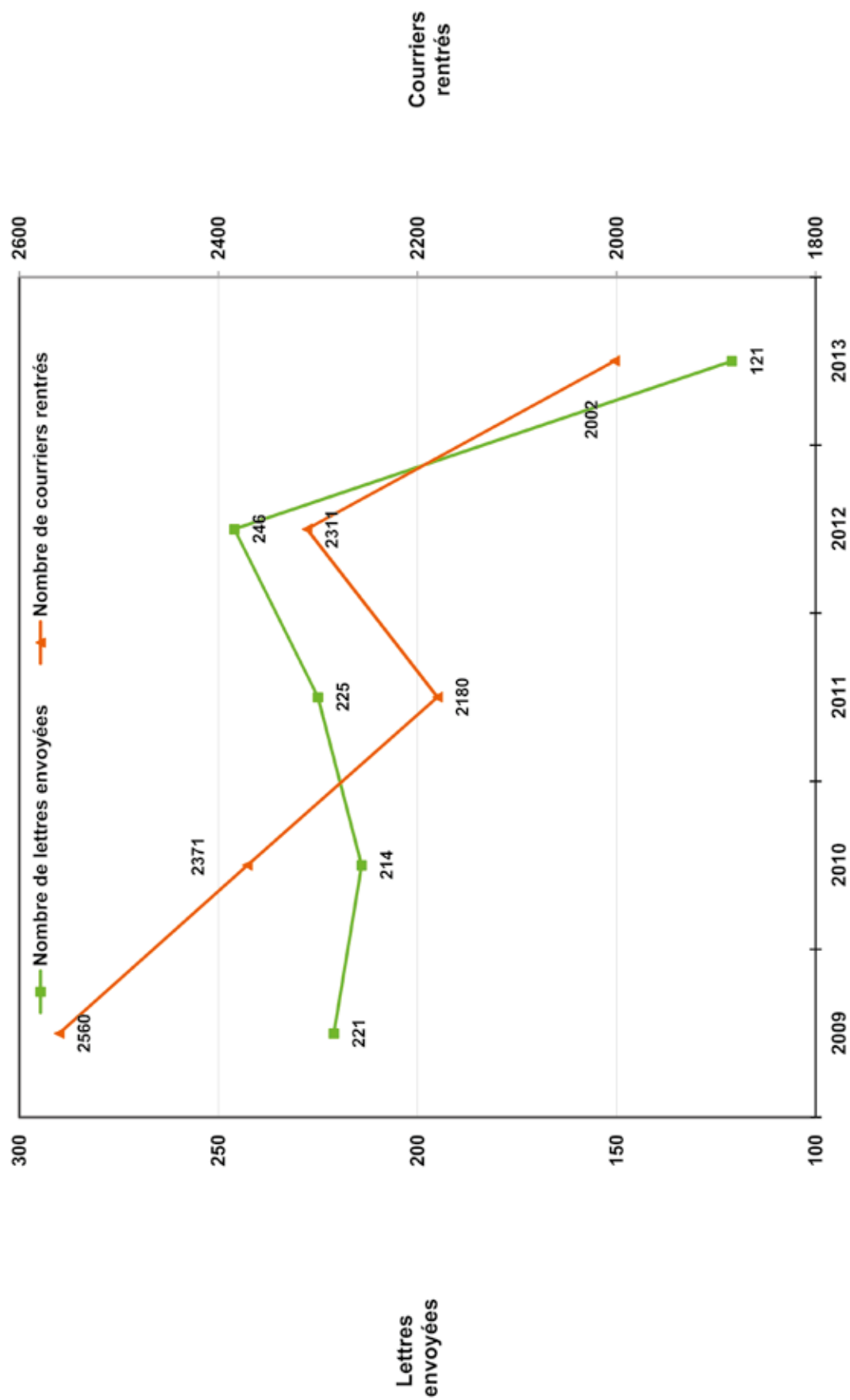
Achat central / Groupements d'achat



Ressources humaines



Courriers et Lettres



Circulaires

250

200

150

100

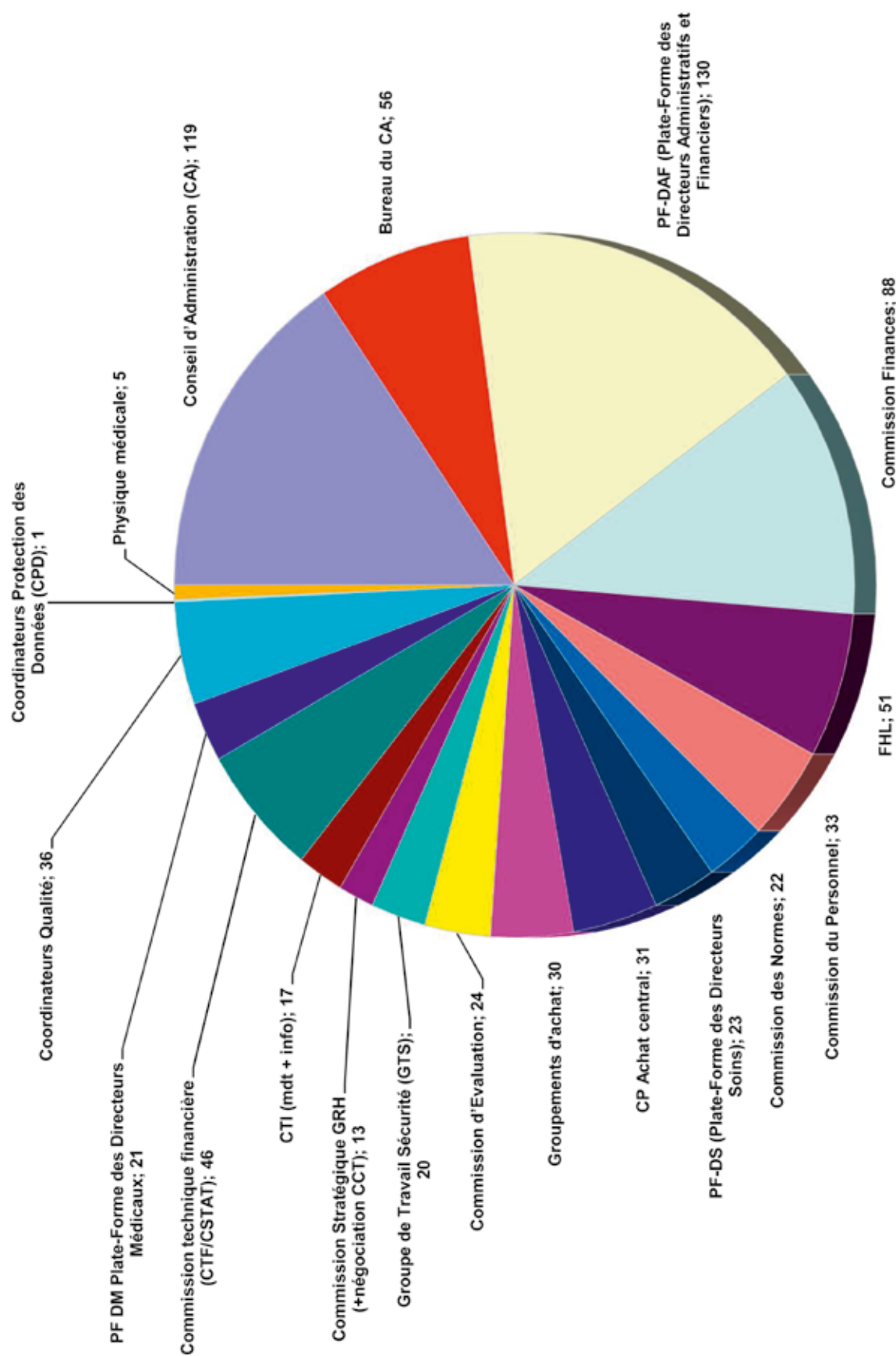
50

0

Nombre

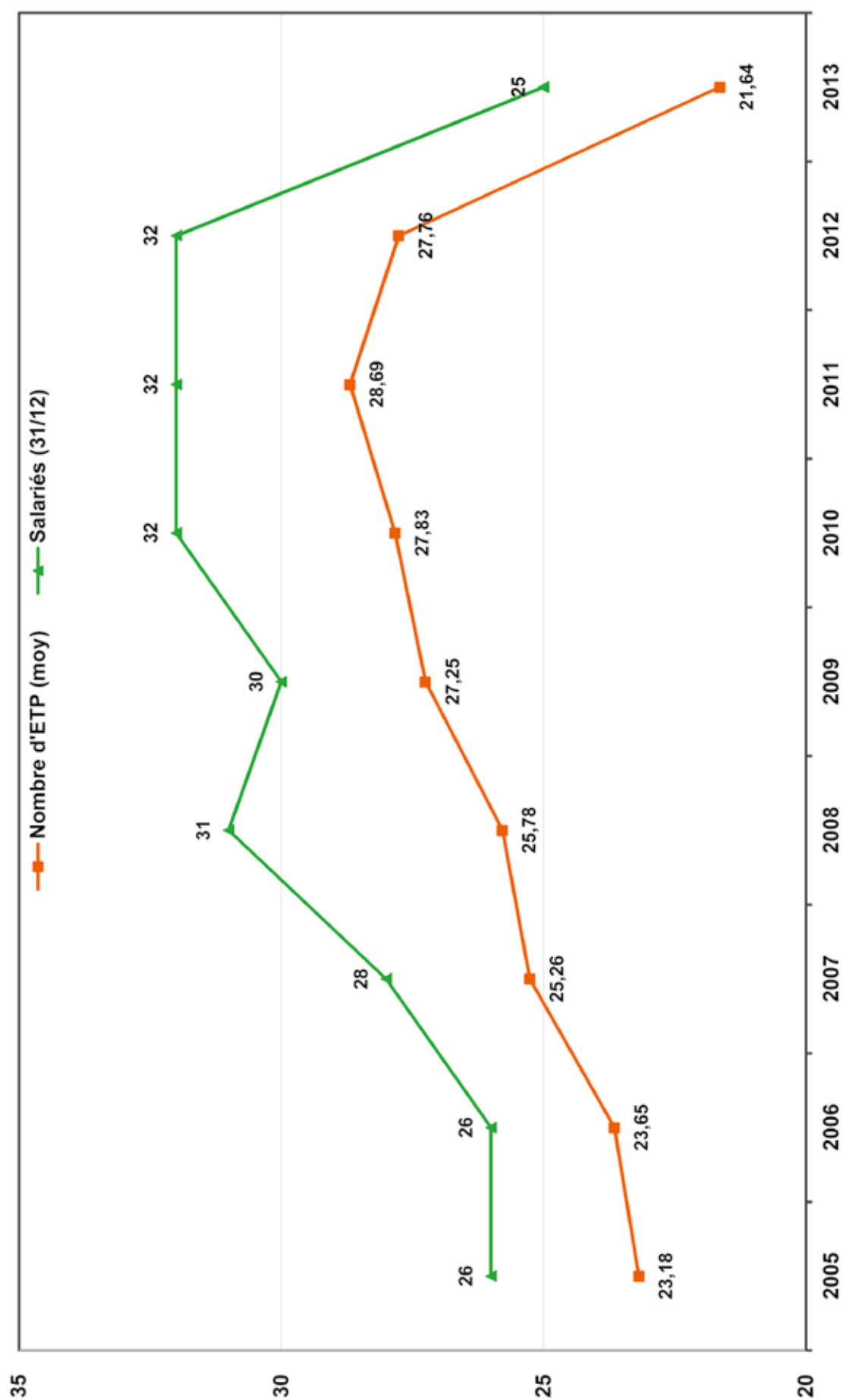
	2009	2010	2011	2012	2013
Conseil d'Administration (CA)	191	238	217	170	119
Bureau du CA				43	56
EHL/FHL	113	84	85	68	51
PF-DAF (Plate-Forme des Directeurs Administratifs et Financiers)	49	67	163	215	130
PF-DS (Plate-Forme des Directeurs Soins)	8	25	47	48	23
PF DM Plate-Forme des Directeurs Médicaux			15	27	21
Commission des Normes	63	46	54	42	22
Commission d'Evaluation	38	54	39	30	24
CTI (mdt + info)	22	13	24	4	17
Commission technique financière (CTF/ICSTAT)	20	24	23	35	46
Commission Stratégique GRH (+négociation CCT)	15	13	28	16	13
Commission Finances	85	94	104	136	88
Commission du Personnel	65	70	62	36	33
CP Achat central	37	62	40	19	31
Groupements d'achat	108	29	39	41	30
Groupe de Travail Sécurité (GTS)	26	33	38	33	20
Coordinateurs Qualité	14	15	14	42	36

Circulaires Répartition

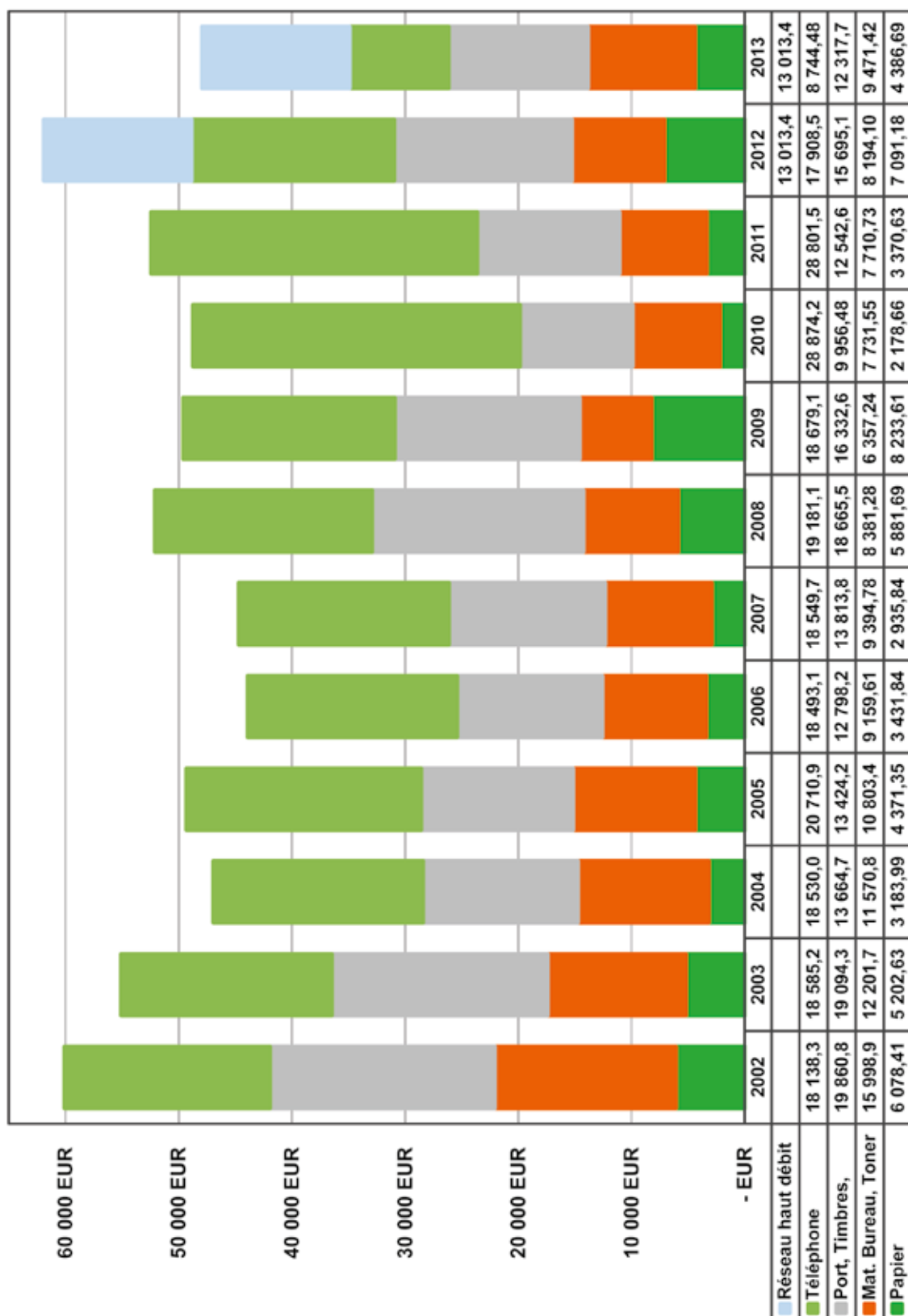


Nombre de salariés à la FHL

sans le service informatique (LUXITH) en 2013



Frais de fonctionnement en Euro



ONT PARTICIPE A LA REALISATION DU RAPPORT D'ACTIVITE 2013 DE LA FHL

Danielle Ciaccia-Neuen, pour la partie «FHLinfo», «Relations publiques» et «Vie interne»

Jean Ferring, pour la partie CTF et pour les «Annexes»

Marc Hastert, pour la partie «Introduction» et «Relations internationales» et la partie «PF-DM»

Alex Meyer, pour la partie «Physique Médicale»

Laure Pellerin, pour la partie «PF-DAF» et la partie «Commission Finances»

Marie-Joseph Riondé, pour la partie «SIST-FHL-médecine du travail»

Sylvain Vitali, pour la partie «Normes & Qualité» et la partie «PF-DS»

Luc Waisse, pour la partie «Achat Central»

Danièle Welter, pour la partie «Ressources Humaines et Dialogue Social» et la partie «Santé et Sécurité au Travail» et la partie «CPD»



5, rue des Mérovingiens – Z.A. Bourmicht
L-8070 BERTRANGE

FHL

Tél.: +352 42 41 42-11
Fax: +352 42 41 42-81

SIST-FHL

Tél.: +352 42 41 42-12
Fax: +352 42 41 42-82