



Commission de la Santé, de l'Égalité des chances et des Sports

Procès-verbal de la réunion du 07 février 2017

Ordre du jour :

1. 7056 Projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière
- Rapporteur : Madame Cécile Hemmen
- Continuation de l'examen des articles et de l'avis du Conseil d'État
2. Divers

*

Présents : Mme Sylvie Andrich-Duval, Mme Nancy Arendt, M. Marc Baum, Mme Claudia Dall'Agnol, M. Georges Engel, M. Gusty Graas, M. Jean-Marie Halsdorf, Mme Cécile Hemmen, Mme Françoise Hetto-Gaasch, M. Alexander Krieps, Mme Josée Lorsché, Mme Martine Mergen, M. Edy Mertens

Mme Lydia Mutsch, Ministre de la Santé

M. Jean-Claude Schmit, Directeur de la Santé
Mme Françoise Berthet, de la Direction de la Santé
M. Laurent Zanotelli, du Ministère de la Santé

Mme Tania Sonnetti, de l'Administration parlementaire

*

Présidence : Mme Cécile Hemmen, Présidente de la Commission

*

1. 7056 Projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Par courrier du 3 février 2016, le groupe politique CSV a demandé de mettre à l'ordre du jour de la réunion de la Commission de la Santé, de l'Égalité des chances et des Sports un point relatif à une entrevue avec la Caisse Nationale de Santé (CNS).

Plus particulièrement, le groupe politique CSV souhaiterait urgemment inviter les responsables de la CNS dans la prochaine réunion de la Commission de la Santé, de l'Égalité des chances et des Sports afin de discuter du projet de loi N°7056 sur la planification hospitalière. Sachant que le président de la CNS a été informé par courrier, en date du 31 janvier 2017, que la commission parlementaire avait décidé de se limiter aux entrevues avec les organes consultatifs intervenant dans le processus législatif, le groupe politique CSV est néanmoins, dans ce cas précis, d'avis que l'on doive entendre la CNS en ses arguments en tant qu'acteur central du secteur de la santé.

Dans ce contexte, l'orateur présentant la demande estime qu'il serait opportun de discuter ce dossier non seulement en présence de Madame la Ministre de la Santé, mais également en présence de Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale, alors que plusieurs éléments du dossier dépassent le cadre strict de la santé et tombent dans le champ d'application du domaine de la sécurité sociale.

Il estime que le second avis de la CNS soulève un certain nombre de questions/problèmes qui devraient être abordés au sein de la commission, notamment concernant, par exemple, la remarque de la CNS qui « regrette que les auteurs du texte n'aient pas profité du présent texte pour poser le cadre pour un cadrage du problème éternel des suppléments médicaux facturés en milieu hospitalier pour les lits de première classe respectivement des chambres individuelles. Pour rappel et en résumé, les médecins peuvent facturer suivant un arrangement historique un supplément de 66% pour les honoraires en relation avec des prestations fournies à des patients séjournant en une chambre à un lit individuel. Cette disposition est ancrée au niveau conventionnel entre la CNS et l'AMMD suivant les articles 64, alinéa 2, point 3) et 66, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale ».

Madame la Ministre soulève que la demande du groupe politique CSV comporte deux volets, à savoir le champ de compétence de la commission, cette dernière étant souveraine d'inviter les associations qu'elle estime opportunes et celui concernant la collaboration du Ministère de la Santé avec le Ministère de la Sécurité sociale sur ce dossier. Pour ce second volet, elle affirme que le Ministère de la Sécurité sociale a été impliqué étroitement dans ce processus dès le départ de l'élaboration du dossier. Il a été également consulté suite à l'avis du Conseil d'État du 23 décembre 2016.

Un membre du groupe politique DP précise qu'il n'y a pas lieu de confondre l'hospitalisation en chambre individuelle et celle en chambre de 1^{re} classe, les médecins ne pouvant pas facturer un supplément de 66% pour les honoraires en relation avec des prestations fournies à des patients séjournant en une chambre à un lit individuel.

L'orateur du groupe politique CSV estime justement que cette problématique relative aux lits aurait pu être résolue dans le cadre du présent projet de loi notamment en reprenant la proposition de texte de la CNS, qui ajoutait l'article suivant au projet de loi :

« Art. X: L'article 66, alinéa 3 du CSS prend la teneur suivante: «Toutefois, un règlement grand-ducal détermine pour les médecins et pour les médecins-dentistes les modalités du dépassement, à charge des assurés, des tarifs fixés conformément à l'alinéa qui précède. » Le point 3) de l'article 64, alinéa 2 est supprimé. »

Madame la Ministre relève que le Gouvernement est d'avis que cette problématique tombe dans le champ de compétence du Ministre de la Sécurité sociale et n'est, par conséquent, pas à régler dans le cadre du présent projet de loi.

La demande du groupe politique CSV est finalement rejetée (5 voix pour, 6 voix contre).

La commission continue l'examen des articles et de l'avis du Conseil d'État :

Article 1^{er}

Pour ce qui est de la référence à la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, Madame la Ministre précise que le but, en l'occurrence, n'a pas été de combler une éventuelle lacune de la loi de 2009, mais qu'il s'agit d'une volonté politique d'apporter cette précision.

La commission décide finalement de ne pas retenir la proposition de texte du Conseil d'État et de supprimer toute référence à cette loi de 2009, alors que les autres actes ne sont pas non plus énumérés dans le cadre du présent projet de loi.

Pour les discussions menées lors de la dernière réunion autour de la notion de « centre de diagnostic », il est retenu de traiter ce sujet sous l'article 6 du projet de loi.

Par conséquent, la note préparée à cet égard par le ministère sera distribuée aux membres de la commission, le moment venu, et également envoyée par courrier électronique. Il en va de même pour l'étude du Professeur Michel Petein, médecin spécialiste en anatomie pathologique, étude lancée par le Ministère de la Santé, il y a 2 ans, pour savoir s'il existe un besoin sanitaire pour centraliser ces analyses dans un laboratoire, document requis par plusieurs membres lors de la dernière réunion.

Article 2

Cette disposition énumère les différents types de lits et l'annexe 1 en détermine le nombre maximal pouvant être autorisé au niveau national. Néanmoins, le nombre exact de lits attribués à chaque établissement hospitalier, étant une décision administrative individuelle, ne sera pas déterminé dans la présente loi, mais dans l'autorisation d'exploitation de chaque établissement. Il pourra être revu à la hausse dans l'autorisation d'exploitation d'un établissement hospitalier si l'évaluation des besoins sanitaires en démontre la nécessité.

En effet, quasiment tous les avis des organismes consultés lors de la phase de consultation relative au présent projet de loi se sont prononcés contre la détermination d'un nombre précis de lits à autoriser dans la loi, car cela n'aurait permis aucune flexibilité en vue d'adapter le nombre de lits aux besoins d'une population résidente en croissance et en vieillissement continu.

Ainsi, le mécanisme en vue de la fixation du nombre de lits a été instauré suite aux discussions et avis lors de la phase de consultation de la présente loi avec de nombreux acteurs (syndicats, CSL, FHL et AMMD) afin de permettre une planification à plus long terme (sur une période de 10 ans) du nombre de lits, en tenant compte notamment de l'augmentation de la population résidente tout en garantissant une certaine flexibilité dans l'attribution des lits et une réactivité si nos besoins sanitaires évoluaient (par exemple suite à un flux migratoire inattendu).

Les définitions des « lits aigus » et « lits de moyen séjour » restent inchangées par rapport à celles de l'article 2 du règlement grand-ducal du 13 mars 2009 établissant le plan hospitalier national.

La notion d'emplacement de l'article 2 et de l'annexe 5 du règlement grand-ducal du 13 mars 2009 a été remplacée par la notion de « lits d'hospitalisation de jour » ; bien qu'elle couvre aussi bien des lits que des fauteuils ou brancards. La liste des activités médicales liées à ces lits d'hospitalisation de jour, et qui font dès lors l'objet d'une prise en charge ambulatoire et non stationnaire, a été complétée, ce qui a également été souhaité par la CNS.

Néanmoins, pour que le virage ambulatoire puisse jouer ses pleins effets, il conviendra à la CNS de créer des incitateurs financiers requis en modifiant la nomenclature dans le sens qu'une prise en charge ambulatoire pour les pathologies souhaitées fasse l'objet d'un remboursement préférentiel par rapport à une prise en charge stationnaire. Sans cet incitateur financier qui doit être mis en oeuvre par les organismes de sécurité sociale, le virage ambulatoire ne sortira pas tous ses effets.

Par ailleurs, l'article 2 précise que les lits d'hospitalisation d'urgence (dits « lits-portes ») ainsi que les lits d'hospitalisation de jour, qui se situent principalement dans les services d'hospitalisation de jour, ne sont pas comptabilisés dans le nombre total des lits des établissements hospitaliers, ceci dans l'objectif de ne pas mettre de frein à leur développement et au recours à l'hospitalisation de jour.

Les lits de soins intensifs font partie du contingent de lits aigus.

La CNS a notamment critiqué dans son avis du 16 mars 2016 que le nombre de lits d'hospitalisation de jour n'était pas fixé dans le cadre du présent projet de loi. La CNS n'a néanmoins jamais pu transmettre au Ministère de la Santé le nombre précis de ces lits actuellement exploités par chaque hôpital ainsi que le nombre de patients pris en charge pour chaque hôpital, du fait de la grande hétérogénéité de ces lits d'hospitalisation de jour (qui sont en fait des lits, brancards ou fauteuils) et le « turnover » de patients par lit d'hospitalisation de jour. Or, l'alinéa 5 de l'article 9 du projet de loi initial dispose que chaque demande d'autorisation d'exploitation d'un service doit être accompagnée d'un projet de service qui précise notamment le nombre de lits et le type de lits (point 2, alinéa 4, article 9). Ainsi, il appartiendra à chaque hôpital de soumettre au Ministre de la Santé, lors de sa demande d'autorisation d'exploitation d'un service hospitalier, un projet de service qui indiquera le nombre de lits d'hospitalisation de jour qu'il entend exploiter dans ce service. Ce projet de service et le nombre de lits d'hospitalisation de jour pour ce service seront alors avisés par la Commission permanente pour le secteur hospitalier (CPH), commission dans laquelle trois représentants de la CNS et deux représentants du Ministère de la Sécurité sociale sont membres et pourront dès lors s'exprimer sur le bien-fondé de ce nombre. Afin de soutenir le virage ambulatoire, il n'est pas prévu qu'un hôpital doive renoncer à des lits aigus (taux de conversion) pour pouvoir développer un service d'hospitalisation de jour.

Les services d'hospitalisation de jour sont définis à l'annexe 2.

La notion de lits de rééducation et de réhabilitation s'inspire quasi littéralement de la définition mentionnée à l'article 2, point c.) du règlement grand-ducal du 18 avril 2001 établissant le plan hospitalier national.

Un nouveau type de lits est défini au point 4 de l'article 2, à savoir les lits d'hospitalisation de longue durée.

En effet, la carte sanitaire fait apparaître un besoin national en lits pour des patients qui nécessitent des soins médicaux pour une durée d'hospitalisation prolongée ou de longue durée dispensés en milieu hospitalier par des équipes médicales et des soignants spécifiquement formés.

Ainsi, on peut citer comme exemple un certain nombre de patients du Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP) qui souffrent de troubles psychiatriques graves et qui sont placés pour une longue durée dans cet établissement hospitalier. Sont également visés des patients d'hôpitaux ou du Centre National de rééducation fonctionnelle, qui, après un accident vasculaire cérébral ou tout autre accident ou incident grave, se trouvent dans un état de coma prolongé, ainsi que des patients âgés qui nécessitent une prise en charge hospitalière de longue durée qui dépasse la capacité de prise en charge médico-soignante

pouvant leur être offerte dans une maison de soins. Cette liste de patients potentiels n'est pas exhaustive.

L'hôpital auquel sera attribué ce nouveau type de lits devra également y accueillir des patients issus d'autres établissements hospitaliers si ces patients remplissent les critères pour occuper un tel lit.

En effet, selon la définition des lits d'hospitalisation de longue durée, ceux-ci sont disponibles pour tous les patients au niveau national.

Le Conseil d'État, dans son avis du 23 décembre 2016, propose de faire figurer dans cet article non seulement les définitions des différents lits, mais également celle d'un « service hospitalier » et d'un « service national ». Ces définitions figureraient alors au début de l'article 2 et seraient formulées comme suit :

« **Art. 2.** Sont considérés comme :

1. « *service hospitalier* » : *unité d'organisation et de gestion comportant une ou plusieurs unités de soins où s'exerce l'activité médico-soignante de l'hôpital. Par unité de soins, on entend une unité fonctionnelle soit d'hospitalisation, soit médico-technique, prenant en charge des patients, située dans une même enceinte architecturale et relevant d'une dotation et d'une gestion commune ;*

2. « *service national* » : *service hospitalier unique pour le pays regroupant les pathologies nécessitant le recours à des compétences, des équipements ou des infrastructures spécifiques. Il garantit la continuité des soins sur le plan national ;*

3. « *lits* » : les lits hospitaliers qui sont de façon continue à la disposition des patients dans les services ~~des établissements~~ hospitaliers, en distinguant entre :

- a) lits aigus ;
- b) lits de moyen séjour ;
- c) lits d'hospitalisation de longue durée.

Les lits d'hospitalisation de jour et lits-portes ne sont pas considérés comme lits au sens de l'alinéa qui précède. (...) »

En effet, dans la définition de l'expression « lits », l'expression « services des établissements hospitaliers » est alors à remplacer par « services hospitaliers ».

Au point 3 de l'article 2 sous examen (point 5 selon le Conseil d'État), la précision que des lits de soins palliatifs sont situés dans un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie est superfétatoire et est dès lors à supprimer. Le nouveau point 5 prendrait alors la teneur suivante :

« 3. 5. « *lits de moyen séjour* » : lits réservés à la rééducation et à la réhabilitation de patients ainsi que les lits de soins palliatifs ~~situés dans un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie.~~ »

En ce qui concerne la définition de l'expression « lits d'hospitalisation de jour », il y a lieu de remplacer la notion de « enceinte organisationnelle et fonctionnelle distincte, exclusivement à la disposition des patients ambulatoires nécessitant une présence médicale et une prise en charge particulière et continue par du personnel spécialement qualifié pendant une durée inférieure à 12 heures » par celle de « service d'hospitalisation de jour », qui est définie à l'annexe 2. Les auteurs considèrent dans leur commentaire de l'article que les lits

d'hospitalisation de jour se situent « principalement » dans les services d'hospitalisation de jour. Le Conseil d'État suggère que les lits d'hospitalisation de jour soient exclusivement situés dans un service d'hospitalisation de jour, y compris les services de dialyse où seront effectuées les séances d'épuration extra-rénale. La phrase introductive du point 5 (7 selon le Conseil d'État) se lirait alors comme suit :

~~« 5- 7. «lits d'hospitalisation de jour»: lits d'hôpital ou places situés dans un hôpital de jour ou un service de dialyse, réservés aux activités suivantes lits d'hôpital ou places situés dans une enceinte organisationnelle et fonctionnelle distincte, exclusivement à la disposition des patients ambulatoires nécessitant une présence médicale et une prise en charge particulière et continue par du personnel spécialement qualifié pendant une durée inférieure à 12 heures, liée aux activités suivantes:~~

- a) actes chirurgicaux ou interventionnels nécessitant une surveillance et des soins pré- ou post-interventionnels ;
- b) autres actes diagnostiques et thérapeutiques avec ou sans sédation majeure, à savoir :
 - explorations fonctionnelles et endoscopiques ;
 - imagerie interventionnelle ;
 - ponctions et biopsies non-chirurgicales ;
- c) diverses prises en charge thérapeutiques :
 - épuration extra-rénale ;
 - chimiothérapie, antibiothérapie, immunothérapie intraveineuses ;
 - transfusion de produits et dérivés sanguins cytophères ;
 - traitements et prise en charge de situations spécifiques ;
- d) soins de rééducation psychiatrique adulte, juvénile ou infantile ;
- e) soins de revalidation, y compris gériatrique. »

Le Conseil d'État préconise de faire figurer dans cet article, outre la référence à l'annexe 1, une référence à l'annexe 2, qui pourra compléter in fine l'avant-dernier alinéa et prendre la teneur suivante :

« La dénomination des différents types de service, les normes essentielles y afférentes, le nombre maximal national par type de service, le nombre minimal de lits par service et le nombre maximal de lits nationaux par type de service figurent à l'annexe 2. »

Comme la modification du nombre des catégories de lits pour un établissement hospitalier donné correspond à une modification de son autorisation d'exploitation, la procédure y relative serait mieux traitée à l'article 11. La disposition précisant que le nombre maximum par catégorie de lits dont dispose chaque établissement hospitalier est déterminé dans son autorisation d'exploitation, qui est prévue à l'article 8, est superflète. Le dernier alinéa de l'article 2 peut dès lors être supprimé :

~~« Le nombre maximum par catégorie de lits dont dispose chaque établissement hospitalier est déterminé dans son autorisation d'exploitation qui est prévue à l'article 8. Ce nombre peut être modifié avant l'échéance de son autorisation d'exploitation si l'évaluation biennale des besoins sanitaires telle que prévue à l'article 3 démontre un nombre inadéquat d'une catégorie de lits pour un établissement hospitalier donné. »~~

De l'échange de vues qui s'ensuit, il y a lieu de retenir succinctement ce qui suit :

Un membre du groupe politique CSV constate que le nombre de lits a sensiblement augmenté dans le texte du projet de loi par rapport au texte de l'avant-projet de loi et aimerait savoir les raisons du Gouvernement justifiant cet accroissement. D'ailleurs, il estime qu'il aurait été plus judicieux d'avoir d'abord défini les services, avant de fixer le nombre de lits. Il attire à cet égard l'attention sur l'avis complémentaire de la CNS dans lequel est

demandé que les décisions d'attribution ou de retrait de services hospitaliers se fassent de façon transparente. Ainsi les décisions correspondantes de Madame la Ministre de la Santé devraient être documentées ou validées suivant une procédure actuellement pas encore prévue par le projet de loi. La CNS relève que l'attribution de lits et de services nécessiterait une rigueur exemplaire ainsi qu'un contrôle efficace qui font actuellement défaut. Par ailleurs, la CNS préconise la flexibilité des mécanismes de gestion des services et des lits hospitaliers.

Madame la Ministre précise que la projection n'a pas été faite séparément mais parallèlement avec une vue globale. Il est dans ce contexte renvoyé à l'annexe 2 du projet de loi, de laquelle il résulte que pour chaque service sont déterminés la dénomination du service, le nombre maximal de services, le nombre minimal de lits par service et le nombre maximal de lits nationaux.

Il est précisé que les critères utilisés pour évaluer une prise en charge ambulatoire sont ceux établis par le Conseil scientifique dans le Domaine de la Santé. Madame la Ministre est disposée à fournir la liste de ces critères aux membres de la commission.

L'orateur estime que par cette loi, Madame la Ministre aura en quelque sorte « le champ libre » notamment pour ce qui concerne la fixation du nombre de lits respectifs. Madame la Ministre note que la méthodologie utilisée en l'occurrence est basée sur des critères objectifs, à savoir notamment la carte sanitaire, actualisée en 2015, dressant un état des lieux national qui sert de fondement à la détermination des besoins sanitaires nationaux, aussi bien en nombre d'établissements hospitaliers, qu'en lits et services hospitaliers. Par ailleurs, conformément aux observations exprimées presque dans tous les avis lors de la phase consultative, il est prévu que la carte sanitaire sera mise à jour de manière régulière (tous les deux ans) et l'évaluation des besoins sanitaires se fera sur une période plus longue (une dizaine d'années).

Il est dans ce contexte précisé par un expert gouvernemental que toutes les données concernant les séjours hospitaliers sur le plan médico-administratif sont enregistrées par la Sécurité sociale qui procède au calcul du nombre de séjours et qui dispose donc de ces données que le Ministère de la Santé a pu analyser. La mise à jour de la carte sanitaire a comporté certains éléments nouveaux par rapport aux anciennes cartes sanitaires, en particulier que non seulement le nombre de séjours hospitaliers, qui sont enregistrés au niveau national figure dans les données de la carte sanitaire, mais également le nombre de journées d'hospitalisation, ce qui est important, parce qu'on voit au cours des années une augmentation du nombre de séjours hospitaliers, de plus en plus de patients se dirigeant vers l'hôpital, mais sans augmentation du nombre de journées d'hospitalisation. En effet, entre 2010 et 2014, on a noté 12,4% de séjours en plus ; on est ainsi passé de 116.000 à 131.000 de séjours. Le nombre de journées d'hospitalisation qui a été compté à l'occasion de ces séjours est par contre resté stable et a même un peu diminué, d'une part, parce que le virage ambulatoire est en train de s'amorcer, et d'autre part, parce que la durée moyenne de séjour des patients qui sont hospitalisés dans des lits aigus a diminué de 4% (elle est passée de 7,5 à 7,2 jours en 2014). Quand on connaît le nombre de journées d'hospitalisation, on peut déterminer le nombre de lits dont l'on a besoin pour les 365 jours de l'année. Il s'agit d'un calcul simple : nombre de journées d'hospitalisation divisé par 365. Cependant, il faut appliquer un taux de conversion (basé sur la règle de trois) pour tenir compte du taux d'occupation d'un lit : un lit d'hôpital n'est jamais utilisé à 100%, et donc il a été estimé qu'un taux efficient d'occupation de lits aigus de 85% au niveau national pouvait être visé, à l'instar de certains pays voisins, alors qu'on est actuellement à un taux d'occupation de 72%. Donc, en appliquant ce taux de conversion et en divisant le nombre de lits d'hôpital obtenus plus haut par 0,85, on arrive au nombre de lits hospitaliers dont on aurait besoin pour couvrir les séjours qui ont été enregistrés en 2014. Il s'agit effectivement d'une simple estimation basée sur des données passées. Pour éviter le piège de ne pas considérer l'évolution de la population, l'on a consulté les données du STATEC et en

particulier le scénario « haut » de l'évolution de la population. Malheureusement, les prévisions de développement démographique du STATEC, initialement prévues pour janvier 2017, ne sont toujours pas disponibles, les dernières prévisions datant de 2010. Par conséquent, on a dû travailler avec les prévisions émises en 2010. Concernant les caractéristiques de la population et leur impact sur le besoin en lits d'hospitalisation, il y a également lieu de noter qu'au Luxembourg la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus est particulièrement faible par rapport aux pays voisins : l'on se situe actuellement à 14,2%, alors qu'en Belgique et en France les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 17% de la population et en Allemagne 21%. Les prévisions de l'Organisation mondiale de la santé et d'Eurostat, indiquent que pour 2025, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus ne serait que de 15,5% au Luxembourg, c'est-à-dire toujours inférieure à celles d'aujourd'hui dans nos pays voisins. Cela a évidemment un impact important sur la demande de soins hospitaliers, qui est plus élevée chez nos voisins, notamment parce que les séjours hospitaliers de personnes âgées sont relativement plus fréquents et plus longs que ceux des personnes plus jeunes.

Pour ce qui est des lits de moyen séjour, c'est-à-dire les lits réservés à la rééducation et à la réhabilitation de patients ainsi que les lits de soins palliatifs, un membre du groupe politique CSV attire l'attention sur la problématique qu'à l'état actuel déjà, en ce qui concerne des patients qui nécessitent des soins ou une rééducation (notamment suite à une opération chirurgicale), les médecins les orientent principalement vers les services de rééducation des hôpitaux. Or, cette orientation quasi systématique ne correspond pas toujours aux besoins du patient. L'orateur estime qu'une prise en charge au niveau local/ à domicile devrait être favorisée.

Pour ce qui est de la définition de « lit d'hospitalisation de jour », et plus particulièrement de la question de savoir s'il ne serait plus nécessaire que ces lits d'hôpital soient situés dans un structure hospitalière, il est confirmé que les services d'hospitalisation de jour devront toujours être liés à un hôpital. Il s'agit d'office d'un service d'un hôpital. Si l'hôpital dispose de plusieurs sites (un centre hospitalier étant par définition multi-site), ce service d'hospitalisation de jour devra par conséquent se trouver sur un des sites de l'hôpital. A la question de savoir, si les médecins pourraient dans ce contexte conclure une convention avec un hôpital en vue d'une éventuelle délocalisation desdits lits, il est rappelé que ce service doit en tout cas être rattaché à un hôpital.

En ce qui concerne le bien-fondé d'une augmentation du nombre de lits aigus (alors que l'avant-projet de loi envisageait encore une diminution du nombre de lits aigus), un membre du groupe politique DP estime que cette croissance est notamment justifiée par une augmentation de la population résidente, ce qui, par conséquent, entraînera une augmentation de la population âgée, ainsi qu'une augmentation du nombre de séjours hospitaliers.

La question relative à une flexibilité suffisante pour ce qui est des patients dépassant la durée moyenne de séjour prévue dans le projet de loi est soulevée.

Au niveau légistique, il est noté, que suite à la renumérotation du texte, la définition relative aux « lits-portes » sera le nouveau numéro 8 (et non le numéro 6, tel que noté dans la troisième colonne du document de travail).

Pour ce qui est de la définition relative au « service hospitalier », et plus particulièrement la terminologie « située dans une même enceinte architecturale », il est donné à considérer que de nombreux hôpitaux sont répartis sur plusieurs sites. Madame la Ministre de la Santé confirme qu'il fera partie intégrante d'un établissement, même si, sur le plan architectural, l'enceinte peut être séparée du bâtiment principal. En effet, l'article 9 prévoit expressément que même si, effectivement, chaque établissement hospitalier ne peut disposer que d'un

seul service hospitalier de la même nature et sur un site unique, dans le cas d'un établissement multi-sites, un service hospitalier autorisé peut néanmoins comprendre une unité de soins d'hospitalisation située sur un autre site du même établissement. Dans ce cas, l'unité d'hospitalisation est considérée comme une « antenne de service ». Conformément à l'article 29 du projet de loi initial, chaque service constitue une unité d'organisation et de gestion comportant une ou plusieurs unités de soins. Par unité de soins on entend une unité fonctionnelle soit d'hospitalisation, soit médico-technique, prenant en charge des patients, située dans une même enceinte architecturale et relevant d'une dotation et d'une gestion commune. Ainsi, un service ne doit pas se trouver obligatoirement dans la même enceinte, contrairement à l'unité de soins.

Il est confirmé que c'est l'unité de soins qui doit être située dans une enceinte architecturale bien définie, et non le service. L'orateur du groupe politique CSV estime que le libellé du texte du projet de loi n'est pas suffisamment précis à cet égard, notamment si les termes « une même enceinte architecturale » se réfèrent à « service » ou à « unité de soins ». Par « même » il y a lieu d'entendre « l'une et unique ». Il est retenu qu'une nouvelle proposition de texte sera présentée à la commission par les représentants du ministère lors de la prochaine réunion en vue de clarifier le texte.

Madame la Ministre constate qu'une problématique soulevée dans pratiquement tous les avis pendant la phase de l'avant-projet de loi porte sur le calcul du nombre de lits, et plus particulièrement à une opposition à un chiffre fixe imposé par une loi. Elle relève qu'il n'y a pas lieu de perdre de vue le contexte dans lequel le projet de loi s'inscrit, le précurseur étant un projet de règlement grand-ducal qui avait pour objectif d'établir le troisième plan hospitalier, après ceux de 2001 et 2009, sur fondement de l'article 2 de la loi modifiée du 28 août 1998. S'y ajoutent les projections démographiques : tenant compte des prévisions du STATEC, on peut constater que l'on se situe déjà à l'heure actuelle à un scénario « haut », scénario intervenu plus tôt qu'initialement prévu. Madame la Ministre renvoie dans ce cadre également à la carte sanitaire, intégrée dans le projet de loi. Pour les besoins futurs, il a été visé de faire une projection chiffrée de lits, permettant d'adapter le chiffre. Pour ce qui est plus particulièrement de l'évaluation des besoins en lits hospitaliers de moyen séjour, il est précisé que celle-ci est basée sur les besoins en rééducation fonctionnelle, en rééducation gériatrique et en réhabilitation psychiatrique. Concernant la situation existante, le taux d'occupation pour la rééducation fonctionnelle s'élève à 91%, celui pour la rééducation gériatrique à 93% et celui pour la réhabilitation psychiatrique à 85,2%. La carte sanitaire, mise à jour en 2015, en tire la conclusion que la croissance démographique aura un impact sur les besoins en lits de moyen séjour, ce qui appelle déjà à l'heure actuelle à une augmentation du nombre de lits de moyen séjour.

À noter dans ce contexte également que le taux d'occupation des lits aigus dans les établissements hospitaliers se situe actuellement qu'à 72%. Il est, par conséquent, conclu que le taux d'occupation reste largement sous le seuil de 85% préconisé au niveau international en termes d'utilisation efficiente des ressources hospitalières et au-delà duquel la capacité d'accueil et la sécurité des patients ne pourraient plus être garanties.

Le virage ambulatoire, déjà amorcé dans le plan hospitalier de 2009, est également accentué en laissant la flexibilité nécessaire aux établissements hospitaliers de développer l'hospitalisation de jour.

À noter que les lits d'hospitalisation de jour, à la disposition des patients ambulatoires, ne sont pas considérés comme lits hospitaliers.

Par conséquent, il s'ensuit déjà à l'heure actuelle que le nombre de lits hospitaliers de moyen séjour doit être sensiblement augmenté, ce qui permettrait de diminuer le chiffre des lits d'hôpital utilisés à des fins impropres (notamment une diminution du taux d'occupation des lits aigus).

Finalement, il est encore une fois rappelé que le projet de loi prévoit aussi la création d'une nouvelle catégorie de lits prévue par le projet de loi, à savoir les lits d'hospitalisation de longue durée pour des patients qui nécessitent des soins médicaux pour une durée d'hospitalisation prolongée ou de longue durée dispensés en milieu hospitalier par des équipes médicales et des soignants spécifiquement formés.

Pour ce qui est de l'aspect du virage ambulatoire, un membre du groupe politique CSV estime qu'il manque dans les prises en considération du Gouvernement, en tant que « facteur de correction », l'« effet virage ambulatoire ». Il renvoie à cet égard aux considérations du Conseil d'État dans son premier avis du 23 décembre 2016 concernant le « virage ambulatoire ». Il estime que ce virage évoque un changement visible de direction : du secteur hospitalier stationnaire, un nombre significatif de prises en charge sont orientées vers le secteur hospitalier ambulatoire. Ce virage est en fait annoncé depuis des années, mais ne se concrétise guère dans les faits. Le Conseil d'État a des doutes sur le coup de volant apporté par les dispositions du projet de loi sous avis. Il résulte du projet de loi que « pour que le virage ambulatoire puisse jouer ses pleins effets, il conviendra à la Caisse nationale de santé de créer les incitatifs financiers requis ». Or, les dispositions du projet de loi ne sont pas un prérequis pour prendre une telle initiative. Il estime que prévoir dans le projet de loi des hôpitaux de jour dans les hôpitaux et définir la notion d'emplacements est donc certes louable, mais ne suffira guère pour réussir le virage. Outre les indicateurs financiers précités, le Conseil d'État est d'avis qu'il convient également de renforcer les mesures de contrôle dont dispose la Caisse nationale de santé quant aux séjours stationnaires non justifiés.

En outre, le membre du groupe politique CSV estime qu'aucun mécanisme de contrôle, notamment à la disposition de la CNS, n'est prévu par le projet de loi en vue de détecter les séjours non justifiés. Par ailleurs, l'orateur estime qu'il conviendrait de réfléchir également d'introduire une nomenclature pour créer des indicateurs financiers respectivement se donner les moyens informatiques pour accompagner ce virage ambulatoire. Il est noté par Madame la Ministre que ces questions tombent dans le champ de compétence du Ministère de la Sécurité sociale.

Un membre du groupe politique déi gréng manifeste sa surprise quant aux réflexions précitées. En effet, il estime qu'il revient encore toujours au médecin d'évaluer combien de temps le patient doit rester dans l'hôpital, et ce notamment en vue de garantir la liberté thérapeutique.

Pour une approche multi-professionnelle dans le cadre du virage ambulatoire, il est renvoyé à l'annexe II du projet de loi.

Un membre du groupe politique CSV renvoie encore à la prise de position de la CNS du 15 novembre 2016, pour ce qui est de l'ajout proposé d'un article « *Art. X: L'article 66, alinéa 3 du CSS prend la teneur suivante: «Toutefois, un règlement grand-ducal détermine pour les médecins et pour les médecins-dentistes les modalités du dépassement, à charge des assurés, des tarifs fixés conformément à l'alinéa qui précède. »* »

Le point 3) de l'article 64, alinéa 2 est supprimé.

Subsidiairement, l'antépénultième alinéa de l'article 8 du projet de loi serait à compléter comme suit :

« ... L'autorisation d'exploitation détermine encore le nombre et le type de lits pouvant être pris en considération dans le cadre de l'application des dispositions de l'article 66, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale. ». Le membre du groupe politique CSV propose d'intégrer cette proposition de texte dans le projet de loi.

En vue d'un meilleur avancement des travaux au sein de la commission, le groupe politique CSV est invité de transmettre dorénavant des propositions d'amendements par écrit.

A part des membres du groupe politique CSV, qui décident de s'abstenir pour le vote du présent article, les membres de la commission décident de reprendre les suggestions de texte du Conseil d'État.

Article 3

L'article 3 du projet de loi initial prévoit que le ministre procède à une évaluation des besoins sanitaires de la population résidente sur base des données établies par la carte sanitaire, d'une évaluation démographique de la population résidente, de données relatives à l'état de santé de cette population ainsi que d'une comparaison internationale, et détermine les objectifs de cette évaluation des besoins sanitaires nationaux. Le présent article définit les éléments constitutifs de la carte sanitaire - un ensemble d'informations établi et mis à jour tous les deux ans par le Ministre -.

En effet, une des principales critiques du Conseil d'État dans son avis du 19 mai 2015 était le fait que la carte sanitaire qui a pour objet d'établir un état des lieux national, par établissement et par service, et qui sert de fondement à la détermination des besoins sanitaires nationaux, aussi bien en nombre d'établissements hospitaliers qu'en lits et services hospitaliers, doit tenir compte de données récentes et non de données datant de 2009.

Cette mission de mettre à jour la carte sanitaire selon des données actuelles a été confiée au Luxembourg Institute of Health (LIH). La nouvelle carte sanitaire sera l'instrument qui servira à la détermination de nos besoins sanitaires.

Par ailleurs, le Conseil d'État critique dans son même avis que faute de données récentes renseignées par la carte sanitaire, une évaluation des besoins sanitaires de la population n'avait pu se faire de manière objective.

Le projet de loi a voulu remédier aux critiques du Conseil d'État et a dès lors mis à jour la carte sanitaire pour ensuite en dégager une telle évaluation. Conformément aux observations exprimées quasiment dans tous les avis lors de la phase consultative, la carte sanitaire sera mise à jour de manière régulière (tous les deux ans) et l'évaluation des besoins sanitaires se fera sur une période plus longue (une dizaine d'années).

Par ailleurs, conformément à la demande d'organismes consultés (CPH, syndicats, chambres professionnelles, FHL, AMMD), la carte sanitaire, ainsi que l'évaluation des besoins sanitaires futurs, sont publiées ensemble avec le présent projet de loi.

L'article sous rubrique mentionne l'objectif de l'évaluation des besoins sanitaires qui se fonde sur une carte sanitaire qui sera désormais mise à jour tous les deux ans. Le nombre de lits pouvant être autorisés au niveau national sera déterminé en fonction de l'évaluation des besoins faite sur base de la carte sanitaire. Le nombre de lits attribués à un hôpital dans son autorisation d'exploitation pourra être adapté si l'évaluation des besoins sanitaires découlant de la mise à jour biennale de la carte sanitaire en démontre la nécessité.

La disposition sous rubrique détermine également le contenu de la carte sanitaire. Il est à remarquer que l'ancien point d) de l'article 3 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, à savoir « l'inventaire des équipements et appareils médicaux et de leurs configurations d'ensemble fonctionnel, ne figurant pas sur la liste visée sous c) ci-dessus, mais dont le coût est supérieur à un montant à fixer par règlement grand-ducal; ce seuil ne peut être inférieur à «80.000 euros» a été supprimé.

La liste et le nombre des équipements soumis à une planification nationale, ou exigeant des conditions d'emploi particulières, dont l'exploitation par un établissement hospitalier, devront être autorisés par le ministre conformément à l'article 14 et qui pourront faire l'objet d'un subventionnement, ne seront pas déterminés dans la présente loi mais dans un règlement grand-ducal.

Il est à noter qu'en Belgique le Roi peut également fixer une telle liste (article 51 à 54 de la loi belge coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins).

En effet, les auteurs de la présente loi se sont cantonnés à réglementer les équipements médicaux et appareils prévus au point e) de cet article, à savoir «les équipements et appareils soumis à une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières». L'acquisition ou l'utilisation de ces équipements ou appareils sera soumise à une autorisation du ministre qui demandera au préalable l'avis de la CPH. Ils seront subventionnables à 80% par le budget du Ministère de la Santé, le solde des 20% restant étant à charge de la CNS.

Le lieu d'implantation de ces différents équipements ou appareils qui sont pour la plupart liés à un service hospitalier national, sera déterminé dans l'autorisation d'exploitation des établissements hospitaliers.

Par ailleurs, il est à remarquer que les établissements hospitaliers sont obligés de transmettre les informations nécessaires à l'élaboration de la carte sanitaire au Ministre de la Santé, faute de quoi l'évaluation des besoins sanitaires ne pourra avoir lieu régulièrement. Au cas où un établissement hospitalier refusait de transmettre ces données au Ministère de la Santé, le ministre pourrait lui refuser son autorisation d'exploitation respectivement son autorisation d'exploiter un service précis.

Les deux derniers alinéas qui sont une reprise des deux derniers alinéas de l'article 3 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers précisent quelles sont les données dépersonnalisées nécessaires au recensement des recours aux services hospitaliers et de l'utilisation du secteur hospitalier, à partir desquelles les besoins sanitaires de la population sont estimés pour les années suivantes. Ces données doivent être transmises au ministre aussi bien par certaines administrations ou établissements publics (CNS, IGSS, etc.) que par les établissements hospitaliers eux-mêmes.

Le Conseil d'État, dans son premier avis du 23 décembre 2016, estime que l'ajustement engendré par l'évolution des besoins sanitaires du pays ne devrait pas concerner le nombre minimal de lits par service, qui serait plutôt dicté par des impératifs d'une organisation efficiente que par des besoins sanitaires variables dans le temps. La liste des équipements et appareils médicaux soumis à une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières est visée par le règlement grand-ducal prévu à l'endroit de l'article 14 et ne doit donc pas être mentionnée à l'endroit de l'article sous revue.

En ce qui concerne les pathologies ou groupes de pathologies pouvant être pris en charge dans des réseaux de compétences et le nombre maximal de ces derniers, il s'agit d'une disposition figurant à l'article du projet de loi sous revue. Comme une décision ministérielle ne peut modifier la loi, ce point doit être supprimé.

Quant aux différents éléments constituant la carte sanitaire, le Conseil d'État estime que le taux d'utilisation mentionné au point a) devrait considérer aussi bien des aspects qualitatifs que des aspects quantitatifs. Il est d'avis que le recours aux données personnalisées prévu à l'alinéa 4 devrait être obligatoire et non facultatif pour le ministre. Parmi ces données devraient figurer celles relatives aux délais d'attente pour toutes les prestations hospitalières, et non seulement celles déterminées par la Direction de la Santé.

Un membre du groupe politique DP, tout en se référant au rapport Lentz, demande que la carte sanitaire sera informatisée dans les meilleurs délais, en vue d'améliorer non seulement la communication entre les différents hôpitaux, mais également celle avec la CNS. Il estime que l'informatisation doit être harmonisée entre les 4 groupes hospitaliers. Il s'agit de garantir une meilleure coordination entre les prestataires et les établissements. Il donne à considérer que 160 informaticiens sont employés au sein des 4 groupes hospitaliers. Il renvoie dans ce cadre au programme gouvernemental de 2013, duquel il résulte que l'optimisation des flux électroniques entre les prestataires de soins avec les patients et la CNS sera à réaliser de façon prioritaire. Il faudra établir pour chaque médecin un profil relatif à ses actes.

Madame la Ministre informe la commission que des rapprochements dans ce contexte sont en cours d'élaboration sur le terrain.

2. Divers

Aucun point divers n'est soulevé.

Le Secrétaire-administrateur,
Tania Sonnetti

La Présidente,
Cécile Hemmen