

N° 7286

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2017-2018

PROJET DE LOI

**autorisant l'Etat à participer au financement des travaux
de construction du « Südspidol »**

* * *

*(Dépôt: le 18.4.2018)***SOMMAIRE:**

	<i>page</i>
1) Arrêté Grand-Ducal de dépôt (8.4.2018).....	1
2) Texte du projet de loi.....	2
3) Exposé des motifs	2
4) Commentaire des articles	10
5) Fiche d'évaluation d'impact.....	11
6) Fiche financière	13
7) Avis de la Commission permanente pour le secteur hospitalier (C.P.H.).....	14
– Dépêche du Président de la Commission permanente pour le secteur hospitalier à la Ministre de la Santé (2.3.2018) ..	14

*

ARRETE GRAND-DUCAL DE DEPOT

Nous HENRI, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau,

Sur le rapport de Notre Ministre de la Santé et après délibération du Gouvernement en Conseil ;

Arrêtons :

Article unique.– Notre Ministre de la Santé est autorisée à déposer en Notre nom à la Chambre des Députés le projet de loi autorisant l'Etat à participer au financement des travaux de construction du « Südspidol ».

Château de Berg, le 8 avril 2018

La Ministre de la Santé,
Lydia Mutsch

HENRI

*

TEXTE DU PROJET DE LOI

Art. 1^{er}. L'Etat est autorisé à participer, conformément aux dispositions des articles 8, 15 et 17 à 19 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, au financement des travaux de construction du « Südspidol » à Esch/Alzette pour un montant ne pouvant dépasser 433.542.551 euros.

Le montant visé à l'alinéa 1^{er} correspond à la valeur 779,82 de l'indice semestriel des prix de la construction du mois d'octobre 2017. Ce montant est adapté semestriellement en fonction de la variation de l'indice des prix de la construction précitée.

Art. 2. Les dépenses visées à l'article 1^{er} sont imputables sur les crédits du Fonds pour le financement des infrastructures hospitalières.

*

EXPOSE DES MOTIFS

I) Les modalités de financement du « Südspidol »

Les articles 8 et 15 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière disposent que l'Etat participe à raison de 80% aux frais des investissements mobiliers et immobiliers de projets de nouvelle construction remplaçant des structures existantes.

Conformément à l'article 18 de la précitée loi, l'Etat honore ses engagements financiers pour un tel projet par le biais du fonds pour le financement des infrastructures hospitalières, dénommé ci-après le « fonds hospitalier ».

Par ailleurs, l'article 19 de loi du 8 mars 2018 prévoit une loi spéciale pour chaque projet pour lequel la participation étatique versée par le biais du fonds hospitalier dépasse le seuil fixé à l'article 80 de la loi modifiée du 8 juin 1999 sur le budget, la comptabilité et la trésorerie de l'État.

Ainsi, toute nouvelle réalisation d'infrastructures hospitalières dont le coût à charge du fonds hospitalier dépasse la somme de 40.000.000 euros doit être autorisée par une loi de financement.

Avant de faire l'objet d'une autorisation ministérielle de subventionnement par le biais du fonds hospitalier, ce projet est examiné et avisé par la Commission permanente pour le secteur hospitalier, dénommée ci-après « CPH », conformément à l'article 22 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

Il est à rappeler que, selon le même article 22, la CPH se compose des membres ci-dessous, qui ont dès lors participé activement aux discussions qui ont permis à cet organisme consultatif d'élaborer ses différents avis quant au projet de construction du « Südspidol ». Ainsi, la CPH se compose:

1. de deux représentants du ministre dont l'un est le directeur de la Santé ou son représentant ;
2. de deux représentants du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale dont l'un est le directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale ou son représentant ;
3. d'un représentant du ministre ayant dans ses attributions le budget ;
4. de trois représentants de la Caisse nationale de santé dont l'un est le président ou son représentant ;
5. de deux représentants proposés par le groupement le plus représentatif des hôpitaux luxembourgeois ;
6. de deux représentants des professions de la santé dont l'un est médecin proposé par l'association la plus représentative des médecins et médecins-dentistes et l'autre professionnel de santé proposé par le Conseil supérieur de certaines professions de santé.

En date du 21 décembre 2011, le Conseil de gouvernement a donné son accord au Centre Hospitalier Emile Mayrisch (CHEM) pour lancer les travaux de planification d'un hôpital sur un site unique.

En date du 3 décembre 2012, le ministre de la Santé a émis un accord de principe en vue de la construction du nouvel hôpital « Südspidol ».

Le programme spatial général (Raumprogramm) a été soumis le 12 juillet 2013 par le CHEM au ministère de la Santé.

Un concours d'architecte a été lancé au niveau européen pour la construction du nouveau «Südspidol» le 2 juin 2014; le 23 octobre 2015 le groupement « Health Team Europe » de Vienne a été retenu comme gagnant de ce concours.

En date du 30 juin 2015, le CHEM a transmis à la ministre son concept médical pour la construction du « Südspidol ».

En date du 27 septembre 2017, la CPH a avisé l'avant-projet sommaire (APS) relatif à la construction du « Südspidol » et en date du 2 mars 2018 l'avant-projet détaillé (APD) relatif au prèdit projet.

Conformément à l'avis émis par la CPH relatif à l'APD, le présent projet de loi prévoit le financement par l'Etat (par le biais du fonds hospitalier) de la construction du nouveau «Südspidol» pour un montant maximal de 433.542.551 euros à l'indice 779,82 des prix de la construction du mois d'octobre 2017.

Une réserve de 10% est incluse dans cette enveloppe financière étatique pour « imprévus » notamment pour couvrir d'éventuels frais supplémentaires liés à des variations de coûts de la main-d'œuvre, ou éventuellement de certains matériaux de construction dépassant ceux de la variation de l'indice des prix à la construction alors que l'exécution de ce projet s'étalera sur plusieurs années. Par ailleurs, la subvention étatique maximale retenue tient également compte d'une réserve financière d'un montant de 10.062.870 euros pour les équipements médicaux immobiliers.

Par ailleurs, les subventions étatiques retenues en tant que réserve ne pourront être libérées que sur demande préalable, accompagnée d'un justificatif, du maître d'ouvrage et après avis de la CPH et finalement, sur autorisation spécifique et conjointe du ministre de la Santé ainsi que du ministre des Finances.



II) Historique et naissance du projet « Südspidol »

Les origines du CHEM remontent à l'année 1884 lors de la création d'une première infirmerie à l'Usine de l'Arbed à Dudelange. Le CHEM est né de la fusion en 2004 entre l'Hôpital de la ville d'Esch-sur-Alzette (ouvert en 1930) et l'Hôpital de la ville de Dudelange (ouvert en 1901) et de la fusion en 2008 avec l'Hôpital Princesse Marie-Astrid de Niederkorn (ouvert en 1981).

Avec ses 37 spécialités médicales et ses 642 lits hospitaliers, le CHEM assure aux patients une prise en charge interdisciplinaire 24h/24, tous les jours de l'année. 1.834 salariés et 265 médecins s'engagent sur les trois sites d'Esch-sur-Alzette, de Niederkorn et de Dudelange à soigner plus de 141.200 patients par an.

Le CHEM fonctionne actuellement sur trois sites, son coût d'exploitation est de 180 millions d'euros par an, et d'ici 2020, sans nouvelle construction, les besoins en investissements pour la rénovation des trois sites s'élèveraient à 348 millions d'euros.

Le 16 juin 1995, les établissements hospitaliers luxembourgeois ont également formé une association sans but lucratif sous la dénomination « Centre François Baclesse (Centre National de Radiothérapie) ». En janvier 2000, le Centre François Baclesse (CFB), situé dans l'enceinte du Centre Hospitalier Émile Mayrisch à Esch-sur-Alzette, a ouvert ses portes au public. Par arrêté grand-ducal du 26 mai 2000, il a été reconnu d'utilité publique. Le CFB est un établissement hospitalier à vocation nationale. Au terme d'un projet d'extension (projet ARTUR) mené en commun avec le CHEM, le CFB a intégré ses propres locaux fin 2010 et exploite aujourd'hui quatre accélérateurs de particules de très haute technicité lui permettant de traiter plus de 1200 patients par an.

Le CFB est un centre national classé comme établissement hospitalier spécialisé. Il prend en charge les patients relevant d'une indication de radiothérapie à visée curative ou palliative, dans un contexte pluridisciplinaire de cancérologie qui implique tous les établissements hospitaliers publics et privés. Le Centre François Baclesse participe à la surveillance des patients traités par le biais notamment de consultations en collaboration avec les médecins généralistes et spécialistes libéraux ou hospitaliers.

Une étude effectuée par le bureau d'expertise Lenz de Zürich en 2010 analysant sept scénarios différents (dont la rénovation des sites existants), selon leurs coûts d'investissement, les gains de fonctionnalité, les coûts d'exploitation ainsi que leurs bénéfices médicaux à long terme, a mis en évidence l'avantage substantiel d'une nouvelle construction, notamment un potentiel de réduction des coûts de 15 %, soit de 900 millions d'euros sur 20 ans, investissements compris.

Ainsi, est né le projet « Südspidol » sur un site unique qui prévoit la construction d'un hôpital novateur, axé sur des soins médicaux personnalisés, la sécurité du patient, le « healing environment » et l'économie d'énergie.

Le Gouvernement a soutenu l'idée d'investir dans un seul site hospitalier optimisé plutôt que dans trois sites éparpillés afin de rationaliser les investissements de l'état et d'assurer une vision améliorée des soins hospitaliers.

Situé sur le site Elsenbrich, à proximité immédiate du rond-point Raemerich, le « Südspidol » bénéficiera d'une situation centrale directement accessible tant par l'axe routier principal que par les transports publics et s'intégrera dans le paysage urbain de la ville d'Esch/Alzette.

Le futur Centre Hospitalier Emile Mayrisch commencera à prendre forme en 2019 pour une ouverture prévue en 2023. Le projet du groupement HTE (Health Team Europe), retenu lors du concours d'architecture, est un projet novateur qui associe une architecture humaniste avec des idées d'organisation et d'exploitation hospitalière optimisée. Ce projet s'est démarqué par la grande connexion entre les différents bâtiments, tout en respectant une spécificité adaptée à la vocation de chacun des bâtiments.

Ce projet permettra également la création de synergies avec d'autres institutions, comme p.ex. l'Université de Luxembourg.

Ainsi le présent projet de loi vise à financer la construction du nouveau « Südspidol », qui regroupera dans plusieurs pavillons situés sur un seul site à ESCH Belval tous les services hospitaliers du CHEM et qui intégrera également architecturalement le CFB.

L'intégration des locaux du CFB dans le projet « Südspidol » lui permettra d'assurer ses développements technologiques futurs par l'aménagement de deux bunkers supplémentaires et de bénéficier de l'appui du CHEM, essentiellement pour l'ensemble des aspects logistiques et de maintenance des bâtiments.

III) Les objectifs du projet

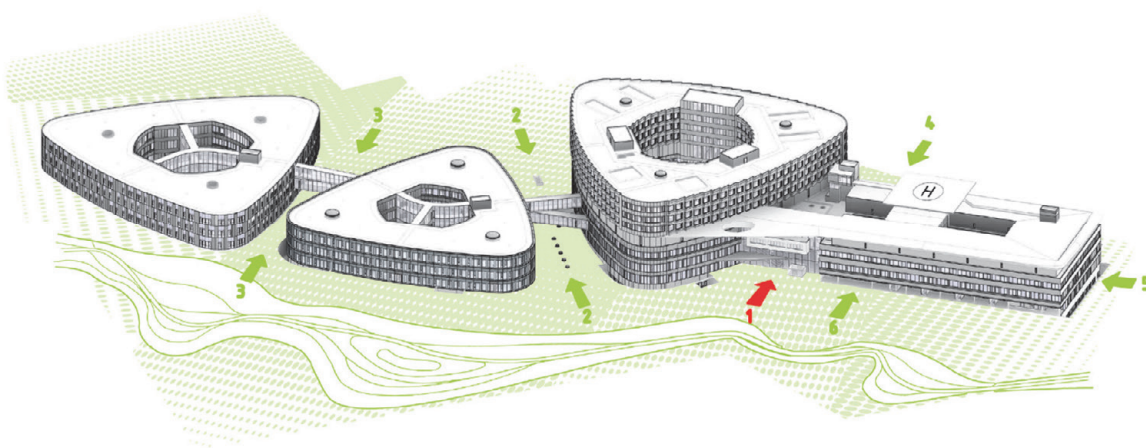
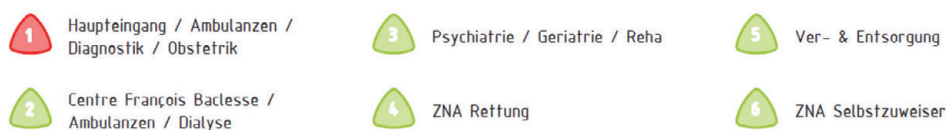
Les objectifs retenus lors du lancement du concours d'architecture sont les suivants :

- un environnement convivial pour les patients garanti à travers le confort élevé des équipements (p. ex. chambres individuelles, etc.) ainsi qu'à travers un aménagement agréable de l'intérieur et des abords ;
- la stratégie des chambres individuelles autorisant une meilleure forme d'organisation et d'utilisation des lits et permettant de ce fait une réduction globale du nombre de lits ;
- un environnement fonctionnel optimisé pour le personnel, garanti par un équipement moderne et la possibilité de mesures de formation initiale et continue ;
- un concept basé sur l'optimisation des processus, la standardisation des procédures de travail et de fonctionnement, la séparation de la circulation des patients ambulatoires et hospitalisés, la séparation

des déplacements de personnes et du matériel. Cette approche va de pair avec un soutien maximal par des technologies de communication performantes et un système logistique moderne permettant des économies substantielles ;

- un concept architectural fondé sur une collaboration étroite avec les forces vives de l'hôpital et permettant d'intégrer les technologies de communication électronique bidirectionnelle, actuellement en développement ;
- un concept de construction flexible (Life-Cycle-Hospital) pour pouvoir réagir à la forte dynamique du secteur hospitalier et permettre des transformations ou modifications dans le futur à coût contrôlé et pendant le fonctionnement des services ;
- la création d'un concept de « Green Hospital » présentant de faibles émissions en CO₂, une consommation énergétique réduite, des matériaux durables et une bonne accessibilité par les transports publics ;
- la meilleure intégration possible de l'hôpital dans l'environnement de soins médicaux grâce à une organisation orientée vers la qualité et l'efficacité des concepts correspondants (tels que case management, triage, admissions et sorties automatisées, etc.) et grâce à la meilleure intégration possible de partenaires externes à proximité directe de l'établissement. En outre, l'intégration de la nouvelle clinique dans la recherche et l'enseignement sera renforcée par un contact étroit avec l'Université. Les médecins sont intégrés entièrement dans l'hôpital par la construction d'un centre médical indépendant relié à l'hôpital et financé par ce dernier.

En résumé, le nouveau « Südspidol » se présente comme un projet innovant au niveau de l'organisation, de la conception et de la vision d'avenir avec une volonté de contrôler les coûts d'exploitation d'un établissement hospitalier.



IV) Les chiffres clés du projet

Le « Südspidol » comprend les domaines d'exploitation suivants :

- Secteur de soins (24 680 m²)
- Secteur examen et traitement (env. 17 542 m²)
 - o dont le Centre François Baclesse avec env. 2 600 m²
- Secteur administratif (env. 3 092 m²)

- Infrastructure (secteur approvisionnement et évacuation) (env. 8 060 m²)
- Secteur du personnel (env. 2 391 m²)

La surface utile nécessaire (superficie sans les surfaces de construction et de circulation) de l'hôpital envisagé est ainsi d'environ 55 764 m² (hors surfaces techniques).

Le nombre de lits est réparti selon le tableau suivant :

		<i>Nombre de lits</i>
1	SECTEUR DE SOINS	
1.2	Services de soins aigus	270
1.3	Service de soins – Obstétrique	22
1.5	Services de soins oncologie et patients de radiothérapie	49
1.7.1	Services de soins – Gériatrie, y compris service ambulatoire	78
1.7.2	Services de soins – Psychiatrie, y compris service ambulatoire	49
1.7.3	Service de soins palliatifs	14
1.8	Soins intensifs SI/Intermediate Care IMC	36
1.9	Services de soins – Rééducation	60
1.11	Service de soins – détenus	5
	TOTAL	583

S'y ajoutent un hôpital de jour médico-chirurgical de 44 places près du bloc opératoire, des espaces pour traitement en hôpital de jour pour l'oncologie, la gériatrie, psychiatrie et rééducation ainsi qu'un service de dialyse.

Le projet dispose également de la surface nécessaire pour l'intégration architecturale de la maison médicale d'Esch/Alzette dans le bâtiment hospitalier.

V) Le concept architectural

Le projet peu conventionnel est symbolisé par son ergonomie et son identité.

Le concept des bâtiments séparés prévoit :

- un bâtiment médico-technique comprenant les urgences, un bloc opératoire, une polyclinique endoscopique, la radiologie et le centre national d'oxygénothérapie;
- un bâtiment hôpital aigu avec les services de polyclinique, soins intensifs, maternité, hôpital de jour, lits de soins aigus;
- un bâtiment centré sur l'oncologie médicale et le centre national de radiothérapie, assurant des synergies entre ces structures. Ce bâtiment comprend également l'administration et le laboratoire;
- un bâtiment centré sur la gériatrie, la psychiatrie et les services de rééducation assurant une ambiance de soins adaptée aux moyens et long séjours de ces patients;
- un service de soins pour les détenus du Ouschterhaff intégré à proximité de la psychiatrie fermée afin d'optimiser et de concentrer les procédures sécuritaires nécessaires.

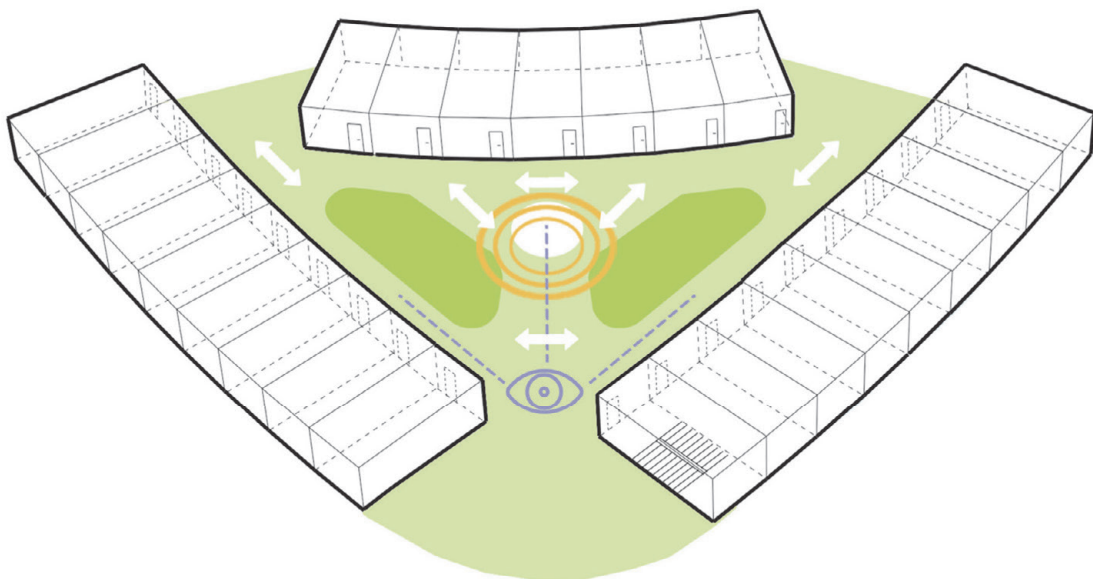
La conception triangulaire des services permet l'optimisation de la surveillance des patients et diminue les déplacements du personnel. Elle permet également d'utiliser les axes de circulation comme espaces de vie à l'intérieur des services. Un étage est ainsi constitué de la combinaison de trois triangles. L'étage dispose donc d'une ergonomie très poussée pour les professionnels de santé en charge d'une unité de 30 lits tout en « industrialisant » les processus d'hôtellerie et de nettoyage dans un flux constant. Etant donné que ces unités sont regroupées dans un étage comptant chacun 90 lits, la communication, l'organisation et le partage des ressources peuvent être optimisés.

L'utilisation du modèle supplémentaire de « pad » comme triangle équilatéral garantit la vision d'ensemble. Des déplacements courts comme demandés par les utilisateurs sont garantis.

Les espaces ouverts entre les segments de la structure triangulaire facilitent l'interaction et la communication entre les différentes personnes des zones fonctionnelles. Une bonne collaboration de toutes les personnes contribue largement au succès du traitement. L'ouverture de la structure invite aux rencontres fortuites ou programmées des différents groupes professionnels. Les patients en attente de prise en charge disposent également de lieux de rencontre ouverts et agréables offrant en outre une variété de distractions.

Par la répartition claire des flux de personnes, les processus de communication et de rencontre seront structurés. Il en résulte une organisation lisible et transparente des zones fonctionnelles et un focus sur l'optimisation du travail et la sécurité.

Les quatre bâtiments sont intégralement reliés en souterrain: ceci permet également l'utilisation d'un système de transports par chariots automatisés. Des passerelles assurent sur deux niveaux une liaison entre les bâtiments, chaque niveau ayant sa spécificité de circulation (logistique, visiteurs ou patients).



VI) L'innovation

Dans le contexte des changements sociaux, technologiques et climatiques du XXI^e siècle, le projet entend contribuer activement aux thèmes de l'innovation et de la durabilité d'un « hôpital vert ».

Le modèle Life-Cycle-Hospital est un facteur essentiel de l'innovation. Le principe suit l'idée directrice du regroupement des fonctions par durée de vie, variable selon leur fonction, pour pouvoir réagir de manière flexible aux évolutions technologiques et structurelles pendant une exploitation continue.

Des structures spatiales sont créées de façon à garantir la parfaite réalisation des processus médicaux et des superficies de réserve sont stratégiquement disposées pour les évolutions futures.

La grande flexibilité de l'aménagement intérieur du bâtiment permet une adaptation aux nouvelles conditions. L'harmonisation des fonctions des locaux et des extensions est intégrée dans le projet pour une standardisation sur la base de locaux génériques ce qui multiplie les possibilités d'affectation.



La nouvelle construction du « Südspidol » poursuit globalement une orientation stratégique reposant sur les tendances suivantes en vigueur dans les soins de santé :

- Centrage sur le patient
- Sécurité et prévention des infections nosocomiales
- Optimisation des espaces de travail et de l'ergonomie du travail soignant et médical
- Optimisation des processus
- Optimisation du potentiel de partage des ressources entre services
- Essor des soins de santé ambulatoires
- Spécificité des soins gériatriques à tendance fortement croissante
- Mission de santé publique avec service d'urgences avec optimisation des processus
- Mission sociétale avec intégration de services aux détenus du futur centre pénitentiaire du Ouschterhaff
- Vision d'avenir sur les soins de radiothérapie oncologique

Pour tenir compte du besoin fondamental d'implication des membres de la famille dans la prise en charge hospitalière d'un de leur proche, des espaces ouverts d'échange sont prévus dans la conception triangulaire. Par ailleurs, les membres de famille d'un patient auront la possibilité de passer la nuit dans la chambre du patient. Le besoin essentiel d'intimité et de libre accès aux effets personnels est idéalement satisfait par l'utilisation d'armoires mobiles pour les patients. Chaque patient se voit attribuer une armoire personnelle pouvant accueillir ses biens privés.

Le recours aux « healing colours » (couleurs qui guérissent) et aux matériaux de qualité ainsi que les chambres baignées de lumière participent à la création d'une atmosphère de bien-être et d'un environnement de travail productif. S'ajoute à cela un jardin thérapeutique pour les patients gériatriques et de rééducation.

VII) L'Evidence-Based Design

L'« Evidence-Based Design » est à la base de toute la planification de l'hôpital. Toutes les décisions de planification sont prises sur des bases objectives. Ces décisions sont mises en situation et adaptées le cas échéant pour répondre aux exigences formulées.

L'« Evidence-Based Design » vise essentiellement à réduire le stress de toutes les personnes présentes dans l'établissement de façon générale, et en particulier celui des patients. La déterminante sera la création d'une impression positive sur tous les plans. Une attention toute spéciale est accordée à la prévention systématique des accidents et à la réduction des infections.



VIII) La situation du nouvel hôpital et son intégration urbaine

Le site du nouvel hôpital se trouve dans l'actuelle zone industrielle entre le Boulevard Charles de Gaulle et la Rue Henri Koch à Esch/Alzette. Le bâtiment est intégré dans son environnement et ses différents segments sont entourés de vastes espaces extérieurs.

Le nouveau « Südspidol » s'inscrit dans la lignée de développements actuels et ceux prévus du site: la construction du nouvel immeuble de bureaux, d'un centre multimédia, la transformation du rond-point avec la jonction autoroutière et la renaturation du Dipbach. La majorité des fonctions prévues sera orientée vers l'ouest et une « entrée urbaine » sera créée. Celle-ci constituera le centre et la liaison entre les différents services.

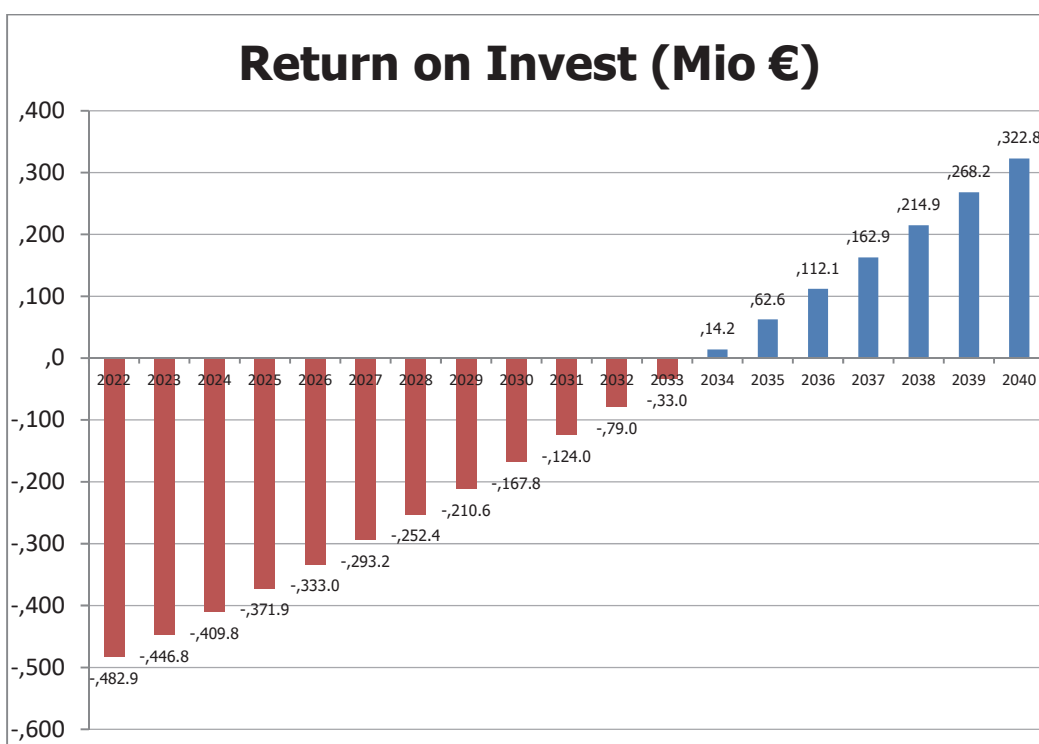
Une artère verte formée de larges accès et de végétation parcourra toute la zone et transformera la zone d'exploitation de l'hôpital en un quartier naturellement vivant.

Un concept de circulation sophistiqué soulagera le volume de trafic immédiat tout en garantissant un fonctionnement adéquat de l'hôpital. Un grand parking près du rond-point Raemerich offrira tout l'espace nécessaire pour le stationnement des véhicules. Un soin particulier a été apporté à l'accessibilité de l'hôpital par optimisation des axes de circulation en collaboration étroite avec l'Administration des ponts et chaussées.

IX) Le return on invest

La concentration des 3 sites hospitaliers sur un site unique entraînera des synergies d'économies annuelles à hauteur de 15 % sur les frais de fonctionnement actuels. Ces économies seront réalisables par le biais de réductions de contrats de transport, de maintenance et d'une optimisation des ressources (10%). Il en découle notamment une augmentation de la productivité générée sur un site unique (5%) qui se traduit par une efficience des ressources actuelles.

Il en résulte un « retour sur investissement » entre 11 et 12 ans.



*

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article 1^{er}

Les articles 8 et 15 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière disposent que l'Etat participe à raison de 80% aux frais des investissements mobiliers et immobiliers de projets de nouvelles constructions hospitalières remplaçant des structures existantes.

Par ailleurs, l'article 19 de loi du 8 mars 2018 prévoit une loi de financement spécifique pour chaque projet pour lequel la participation étatique versée par le biais du fonds hospitalier dépasse le seuil fixé à l'article 80 de la loi modifiée du 8 juin 1999 sur le budget, la comptabilité et la trésorerie de l'État.

La présente disposition retient le montant maximal disponible du subventionnement étatique pour le financement des travaux de construction du « Südspidol » à Esch/Alzette. Le montant indiqué à cet article tient compte de l'indice semestriel des prix de la construction le plus récent, à savoir celui du mois d'octobre 2017.

Article 2

Conformément à l'article 18 de la prédite loi, l'Etat honore ses engagements financiers pour ce projet de construction par le biais du fonds pour le financement des infrastructures hospitalières.

*

FICHE D'EVALUATION D'IMPACT

Intitulé du projet :	Projet de loi autorisant l'Etat à participer au financement des travaux de construction du « Südspidol »
Ministère initiateur :	Ministère de la Santé
Auteur(s) :	Laurent Zanotelli
Téléphone :	247-85546
Courriel :	laurent.zanotelli@ms.etat.lu
Objectif(s) du projet :	Financement de la construction du nouveau « Südspidol »
Autre(s) Ministère(s)/Organisme(s)/Commune(s)impliqué(e)(s) :	
Date :	17.4.2018

Mieux légiférer

- Partie(s) prenante(s) (organismes divers, citoyens, ...) consultée(s) : Oui Non
Si oui, laquelle/lesquelles : **Avis de la Commission permanente pour le secteur hospitalier (CPH) du 2.3.2018**
Remarques/Observations :
- Destinataires du projet :
 - Entreprises/Professions libérales : Oui Non
 - Citoyens : Oui Non
 - Administrations : Oui Non
- Le principe « Think small first » est-il respecté ? Oui Non N.a.¹
(c.-à-d. des exemptions ou dérogations sont-elles prévues suivant la taille de l'entreprise et/ou son secteur d'activité ?)
Remarques/Observations :
- Le projet est-il lisible et compréhensible pour le destinataire ? Oui Non
Existe-t-il un texte coordonné ou un guide pratique, mis à jour et publié d'une façon régulière ? Oui Non
Remarques/Observations :
- Le projet a-t-il saisi l'opportunité pour supprimer ou simplifier des régimes d'autorisation et de déclaration existants, ou pour améliorer la qualité des procédures ? Oui Non
Remarques/Observations :

¹ N.a. : non applicable.

6. Le projet contient-il une charge administrative² pour le(s) destinataire(s) ? (un coût imposé pour satisfaire à une obligation d'information émanant du projet ?) Oui Non
- Si oui, quel est le coût administratif³ approximatif total ? (nombre de destinataires x coût administratif par destinataire)
7. a) Le projet prend-il recours à un échange de données interadministratif (national ou international) plutôt que de demander l'information au destinataire ? Oui Non N.a.
- Si oui, de quelle(s) donnée(s) et/ou administration(s) s'agit-il ?
- a) Le projet en question contient-il des dispositions spécifiques concernant la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel⁴ ? Oui Non N.a.
- Si oui, de quelle(s) donnée(s) et/ou administration(s) s'agit-il ?
8. Le projet prévoit-il :
- une autorisation tacite en cas de non réponse de l'administration ? Oui Non N.a.
 - des délais de réponse à respecter par l'administration ? Oui Non N.a.
 - le principe que l'administration ne pourra demander des informations supplémentaires qu'une seule fois ? Oui Non N.a.
9. Y a-t-il une possibilité de regroupement de formalités et/ou de procédures (p.ex. prévues le cas échéant par un autre texte) ? Oui Non N.a.
- Si oui, laquelle :
10. En cas de transposition de directives communautaires, le principe « la directive, rien que la directive » est-il respecté ? Oui Non N.a.
- Sinon, pourquoi ?
11. Le projet contribue-t-il en général à une :
- a) simplification administrative, et/ou à une Oui Non
 - b) amélioration de la qualité réglementaire ? Oui Non
- Remarques/Observations :
12. Des heures d'ouverture de guichet, favorables et adaptées aux besoins du/des destinataire(s), seront-elles introduites ? Oui Non N.a.
13. Y a-t-il une nécessité d'adapter un système informatique auprès de l'Etat (e-Government ou application back-office) ? Oui Non
- Si oui, quel est le délai pour disposer du nouveau système ?
14. Y a-t-il un besoin en formation du personnel de l'administration concernée ? Oui Non N.a.
- Si oui, lequel ?
- Remarques/Observations :

² Il s'agit d'obligations et de formalités administratives imposées aux entreprises et aux citoyens, liées à l'exécution, l'application ou la mise en oeuvre d'une loi, d'un règlement grand-ducal, d'une application administrative, d'un règlement ministériel, d'une circulaire, d'une directive, d'un règlement UE ou d'un accord international prévoyant un droit, une interdiction ou une obligation.

³ Coût auquel un destinataire est confronté lorsqu'il répond à une obligation d'information inscrite dans une loi ou un texte d'application de celle-ci (exemple: taxe, coût de salaire, perte de temps ou de congé, coût de déplacement physique, achat de matériel, etc.).

⁴ Loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel (www.cnpd.lu)

Egalité des chances

15. Le projet est-il :
- principalement centré sur l'égalité des femmes et des hommes ? Oui Non
 - positif en matière d'égalité des femmes et des hommes ? Oui Non
 - Si oui, expliquez de quelle manière :
 - neutre en matière d'égalité des femmes et des hommes ? Oui Non
 - Si oui, expliquez pourquoi :
 - négatif en matière d'égalité des femmes et des hommes ? Oui Non
 - Si oui, expliquez de quelle manière :
16. Y a-t-il un impact financier différent sur les femmes et les hommes ? Oui Non N.a.
- Si oui, expliquez de quelle manière :

Directive « services »

17. Le projet introduit-il une exigence relative à la liberté d'établissement soumise à évaluation⁵ ? Oui Non N.a.
- Si oui, veuillez annexer le formulaire A, disponible au site Internet du Ministère de l'Economie et du Commerce extérieur : www.eco.public.lu/attributions/dg2/d_consommation/d_march_int_rieur/Services/index.html
18. Le projet introduit-il une exigence relative à la libre prestation de services transfrontaliers⁶ ? Oui Non N.a.
- Si oui, veuillez annexer le formulaire B, disponible au site Internet du Ministère de l'Economie et du Commerce extérieur : www.eco.public.lu/attributions/dg2/d_consommation/d_march_int_rieur/Services/index.html

*

FICHE FINANCIERE

(article 79 de la loi du 8 juin 1999 sur le Budget, la Comptabilité et la Trésorerie de l'Etat)

<i>Article 1^{er}</i>	<i>En euros (indice 779,82)</i>
Financement de la Construction du Südspidol	433.542.551 euros

*

⁵ Article 15, paragraphe 2 de la directive « services » (cf. Note explicative, p.10-11)

⁶ Article 16, paragraphe 1, troisième alinéa et paragraphe 3, première phrase de la directive « services » (cf. Note explicative, p.10-11)

**AVIS DE LA COMMISSION PERMANENTE
POUR LE SECTEUR HOSPITALIER**

**DEPECHE DU PRESIDENT DE LA COMMISSION PERMANENTE
POUR LE SECTEUR HOSPITALIER A LA MINISTRE DE LA SANTE**

(2.3.2018)

Sehr geehrte Frau Gesundheitsministerin,

Die CPH hat die APDplanung des Projektes Südspidol in seinen Sitzungen vom 12ten und 26ten Januar sowie 9ten Februar 2018 analysiert, und die vorliegende Stellungnahme am 2ten März verabschiedet

*

ZIELE DES PROJEKTES :

Das Südspidoll soll die Gebäudekomplexe der bisherigen drei Standorte des Centre Hospitalier Emile Mayrisch in Esch-Alzette, Düdelingen und Niedercorn, sowie den bestehenden Gebäudeteil des Centre François-Baclesse ersetzen.

Angestrebt wird ein zukunftsgerechtes Krankenhaus das eine optimale Versorgung der Patienten mit einer Minimierung der Betriebskosten ermöglichen soll.

*

PROJEKTINHALTE : (die wesentlichen)

Centre François Baclesse: 4 Linearbeschleuniger, 1 Cyberknife, 1 Reservesaal für Linearbeschleuniger / andere Behandlungsmodalität

CHEM:

Zentrale Notaufnahme: 2 Triageräume, 13 Notfallboxen, 2 Notfallschockräume, 2 Räume für kleine Eingriffe und 1 Untersuchungs-Behandlungsraum (UB-raum) in der Behandlungseinheit 2 der Zentralen Notaufnahme (neben der chirurgischen Poliklinik liegend)

Neben der Zentralen Notaufnahme: 3 UB-räume für die maison médicale des Südens

16 OP-Säle (davon 1 HYBRID-OP-Saal); zusätzlich 1 Reservefläche für 1 OP-Saal

12 Endoskopiesäle

4 Geburtssäle, 1 Sectio-OP-Saal

1 Radiologie und bildgebende Diagnostik: 4 CT Räume (davon einer nur als Reservefläche genehmigbar), einer davon neben der Notfallabteilung

3 Magnetresonanzengeräte

1 Angio-Interventionsröntgensaal; 4 konventionelle Röntgengeräte, eines davon neben der Notfallabteilung; Mammadiagnostik: 3 Mammographiegeräte und 2 Sonoräume

4 polyvalente Sonographieräume in der Röntgenabteilung

1 Reservefläche für PET-CT (und Begleiträume) ODER für andere Funktion, nur als Reserve zu genehmigen: gelegen zwischen Röntgen- und Nuklearmedizinabteilung

1 Gammakamera (SPECT-CT); sowie 1 Raum für 1 zusätzliche Gammakamera, der nur als Reservefläche genehmigbar ist

Druckkammerzentrum: ein Gerät

*

BETTENZAHL:

		<i>Betten laut eingereichten APD-Plänen</i>
Nr.	Stationen	
1.2	Normalpflegestationen akut	270
1.3	Pflegestation Geburtshilfe	22
1.6	Pflegestationen Onkologie und Patienten der Radiotherapie	49
1.7.1	Pflegestationen Geriatrie	78
1.7.2	Pflegestationen Psychiatrie	49
1.7.3	Pflegestation Palliativpflege	14
1.8	Intensivpflege IPS /Intermediate Care IMC	36
1.9	Pflegestationen Rehabilitation inkl Umweltklinik	60
1.10	Gefängnisstation	5
	Summe	583

81 % der Betten des Südspidol sind in Einbettzimmern geplant.

Dies ist der Fall für 100% der Zimmer in den Akutstationen.

<i>Südspidol PLÄTZE APD 2018 laut Plänen</i>	<i>Bauteil Ebene</i>	<i>Geplante Plätze</i>	
Notaufnahme	BT100 E0	6	Ueberwachungsstation
		10	Lits porte
		1	Sicherheitsverwahrung
Endoskopie	BT100 E0	13	Vorbereitung/ Ueberwachung
Dialyse	BT300 E0	28	
Tagesklinik Pédiatrie und			
Tagesklinik Innere/Chirurgie	BT300 E2	44	
Tagesklinik Onkologie	BT500 E0	38	
Tagesklinik CFB	BT500 U1	8	
Tagesklinik Psychiatrie	BT700 E2		ist Teil des Raumprogramms
Tagesklinik Geriatrie	BT700 E0		ist Teil des Raumprogramms
Aufwachraum	BT300 E2	42	

TOTAL 135 (+ 13 Ueberwachung-Vorbereitung Endoskopie + 42 Aufwachraum)

*

FUNKTIONALITÄT:

- Die eingereichte APD-planung weist laut Prüfer und Direction de la Santé in funktionaler Hinsicht erhebliche Fortschritte zur APS-planung auf. Die Funktionalität ist in den Grundstrukturen (im Rahmen der Möglichkeiten des Entwurfskonzeptes) mittlerweile optimiert. So wurde u.a. die Geometrie des Einbettzimmers überarbeitet, um – trotz reduzierter Fläche des Grossteils der Einbettzimmer (mind. 20 qm Nasszelle inklusive) – dieses patientensicher und pflege-ergonomisch und dadurch genehmigungsfähig zu machen.

- Wegen der Dringlichkeit konnten aber noch nicht alle schriftlich auf den Plänen eingeschriebenen Änderungen eingearbeitet werden. Diese bereits festgelegten (und noch umzusetzenden) Änderungen sowie die im funktionalen Prüfbericht zur APD-planung aufgeführten Optimierungen in Einzelräumen und Raumzusammenhängen müssen noch in der weiteren Zusammenarbeit zwischen Bauherrn, Planer und Direction de la santé eingearbeitet werden, damit die APD-Planung genehmigbar wird.
- Die Bauwerksform (mehnteiliges Bauprojekt mit 3 dreieckigen Gebäudekörpern) sowie verschiedene Entscheidungen des Bauherrn sind innovativ. Sie beinhalten Vor- und Nachteile:

Vorteile:

Die Auflösung von Bettenstationsgrenzen innerhalb einer Ebene erlaubt eine flexible Bettenbelegung und Patientenversorgung. Da die Bettenstationen fließend ineinander übergehen, können leichter entsprechend des Bedarfs mehr oder weniger Betten einer Fachdisziplin oder Krankheitsgruppe zur Verfügung gestellt werden. Die Krankenpfleger benachbarter Stationen können dadurch auch entsprechend des Bedarfs an Pflege der verschiedenen Patienten, einer flexiblen Zahl von Betten zugeteilt werden anstatt dass eine grosse Distanz zwischen den verschiedenen Stationen dies unmöglich machen würde. Eine bessere Verteilung der Arbeit wird möglich und das Krankenhaus kann besser die Versorgung gewährleisten bei Mangel an Pflegekräften.

Die Therapiefläche der Geriatrie- sowie der Rehabilitationsstationen ist in den Stationen selbst, respektiv in einem Bau im Innenhof desselben Bauteiles (mit gutem Zugang von aussen für ambulante Patienten) untergebracht, womit die Wege für die Patienten sehr kurz und die Behandlung gefördert wird.

Nachteile laut den Prüfern und der Direction de la Santé:

Der vorliegende Entwurf braucht in seinen Dreieckstrukturen mehr Flächen um gleiche Funktionalität zu gewährleisten. Dies ist zum Teil auf den von Rundungen und schiefen Winkeln (nicht rechtwinklig) geprägten Entwurf zurück zu führen.

Dies betrifft verschiedene Patientenzimmer, Räume fürs Personal, aber auch Gerätrräume usw.

Zum Teil erzeugt die Geometrie auch dysfunktional zugeschnittene Räume trotz adäquater qm Zahl laut Raumbuch (Rundungen).

Die Patienten der Geriatrie / Psychiatrie/ Gefangenenstation müssen einen weiten Weg zu u.a. bildgebender Diagnostik und Funktionsabteilungen gebracht werden.

- Die Dialyse wurde umgeplant und ein Teil der nebenliegenden Verwaltungsabteilung als mögliche Vergrößerungsfläche der Dialyse ausgewiesen. Laut Prüfung können jedoch innerhalb der Fläche der geplanten Dialyseabteilung bis zu 3 weitere Dialyseplätze geschaffen werden sodass die wachsenden Bedürfnisse eine längere Zeit gedeckt werden können. Zu klären bleibt ob diese Planung einer grösseren Zahl an Dialyseplätzen kostenneutral möglich ist.

*

FLEXIBILITÄT

Innere Flexibilität: Eine flexible Nutzung der Poliklinik ist durch ihre interne Anordnung gegeben.

Bei Bedarf könnten Rehabilitationsbetten ohne Umbau, nach Genehmigung laut Gesetzgebung, als Akutbetten genutzt werden.

Bei etwaigem späteren Bedarf kann auf der Verwaltungsebene eine Umnutzung/Umwandlung für klinische Zwecke die keinen hohen Installationsgrad verlangen, durchgeführt werden, wobei dann Verwaltungsabteilungen auszulagern wären.

Bei Bedarf können auch die unter Projektinhalte präzisierten Reserveflächen fertiggestellt und genutzt werden.

Externe Flexibilität: Auf dem Gelände können zusätzliche Bauten entstehen mit Anbindung ans Krankenhaus.

*

VOLLSTÄNDIGKEIT

- Festinstallierte Medizintechnik (syn. festinstallierte medizinische und medizintechnische Geräte):
Die Radiotherapiegeräte sowie die Druckkammer für hyperbare Oxygenotherapie fallen unter die „équipements soumis à planification nationale“ für die eine separate Förderung gewährleistet ist (+/- 10 Millionen euros).
In der eingereichten Planung ist nur ein sehr geringer Betrag (nur etwas mehr als 2 Millionen euros für medizinische Versorgungseinheiten) für die übrige festinstallierte Medizintechnik eingeschlossen. Dies wurde vom Bauherrn so vorgesehen um das bis jetzt im Staatsbudget für dieses Projekt vorgesehene Budget nicht zu überschreiten. Laut Bauherr wird der Rest der ortsfesten Medizintechnik durch die CTI (Finanzierung durch CNS) sowie durch Eigenmittel finanziert und 30% aus dem Bestand mitgenommen. Die CNS unterstreicht dass die Finanzierung mittels CTI respektive jährliches Investitionsbudget des CHEM ausschliesslich für das Ersetzen bestehender Medizintechnik verwendet werden soll.
- Reserveflächen
Die Planung beinhaltet Reserveflächen (siehe unter Projekthinhalte sowie 48 qm neben der ambulanten Chemotherapie) deren Innenausbau nicht in der Kostenermittlung vorgesehen ist da diese zum Zeitpunkt der Inbetriebnahme des Krankenhauses voraussichtlich noch nicht als Nutzfläche benötigt werden.

*

BETRIEBSKOSTEN

Die durch die Zusammenlegung hervorgerufenen Synergieeffekte wurden mit einem Gesamteinsparpotential von mindestens 10%, bezogen auf die zu erwartenden Betriebskosten bei einem Neubau, in den leistungsunterstützenden Kostenstellen bewertet (Lenz Beratungen 2010). Hinzu kommt eine Produktivitätssteigerung, welche auf ca. 5% durch CHEM geschätzt wird.

*

FLÄCHEN

Die Grundstücksfläche ist von 38.130,6 auf 74.600 qm fast verdoppelt worden im Laufe der Entstehung des Projektes. Laut CHEM ist dies der Situation geschuldet, dass die Verkehrsstudie eine alternative Lage für das Parkhaus (wird ausserhalb des Krankenhausareals liegen und vom Bauherrn finanziert werden) notwendig gemacht hat. Darüber hinaus wurden die Zuwegungen zum Krankenhaus optimiert (abgestimmt mit den verschiedenen Verwaltungen wie Ponts et Chaussées, ...).

Flächen der vorgelegten APD-planung (qm) des Krankenhausbau:

Nutzfläche (NUF)	59.380,58
Technikfläche	19.243,98
Verkehrsfläche	31.292,29
Konstruktionsgrundfläche	11.754,80
Bruttogrundfläche (BGF)	121.671,65

Es konnte in der APD Planung z.B. durch Umwandlung von Verkehrsflächen im APS in Nutzflächen (z. Beispiel Aufenthaltsräume Pflegen BT 700) erreicht werden, dass sich die Gesamt-Bruttofläche und der umbaute Raum BRI gegenüber der APS Planung nur geringfügig vergrössert haben.

Ein angemessener Benchmark zur Bruttogeschossfläche (BGF) für ein Krankenhausprojekt der vorliegenden Grösse und Komplexität liegt bei einem Faktor von BGF zu NUF von 2,0 bis 2,2. Dieser Wert liegt nun bei 2,05.

*

KOSTENBERECHNUNG

Die CPH hat die Analyse der Kostenberechnung vom 15.1.2018 durch die Prüfer sowie deren Beurteilung nach der darauffolgenden Klärungsrunde zur Kenntnis genommen:

„Das Ergebnis der Kostenprüfung APD zeigt die Notwendigkeit der Erhöhung des Budget.

Das Budget (100%) beträgt 521.333.403 euro inkl. MwSt., *indexiert auf 04/2017*, inkl Risikozulage CPH, ohne Kategorien C+D.

Die APD-prüfung ergibt 539.224.872 euro inkl. MwSt., *indexiert auf 04/2017*, inkl. Kostenrisikoreserve ... ohne Kategorien C+D.

„Ohne eine Budgeterhöhung ist das Projekt in dieser Form, diesen Flächen und vorliegendem Ausbaustandard nicht realisierbar.“

Aufgrund der durchgeführten Analyse empfiehlt die Direction de la Santé und Prüfer eine Festlegung maximaler Summen je Kostengruppe, zwecks sorgfältigen Umgangs mit der staatlichen Subventionierung, einhergehend mit einer Kostenrisikoreserve deren Verwendung der vorherigen schriftlichen Begründung und Anfrage durch den Bauherrn und der expliziten Genehmigung durch den Minister bedarf.

Die **Festlegung folgender maximalen Kosten je Kostengruppe wird empfohlen**, Index 04/2017, ohne MwSt., alle Kostenkategorien inbegriffen:

*Vorgeschlagene Budgetfestlegung
Index 04/2017 775,93*

KG 200 Herrichten u.Erschliessen	7.098.209
KG 300 Bauwerk-Baukonstruktion	157.088.871
KG 400 Bauwerk-Technische Anlagen	142.019.668
KG 500 Aussenanlagen	13.148.145
KG 600 Ausstattung und Kunstwerke:	
KG 611 Allgemeine Ausstattung Möbel	6.464.190
KG 612 Nutzerspezif. Ausstattung FM	3.109.090
KG 612 Aktive Komponenten	17.210.690
KG 612 Nicht ortsfeste Medizintechnik	6.599.007
KG 619 Ausstattung sonstiges	1.877.148
KG 620 Kunstwerke	1.000.000
100+200+300+400+500+600	355.615.019
KG 700 Baunebenkosten	87.201.211 berechnet 29,15% von KG 300+400
Gesamtkosten HTVA	442.816.230
GESAMTKOSTEN 17% TVA inklus.	518.094.989
- CD Kosten TTC	-32.776.071
Gesamtkosten TTC OHNE CDflächen	485.318.918
+ Risikoreserve 10% auf KG 200 bis 600, 3% auf KG 700	41.390.112
+ Risikoreserve festinstallierte Medizintechnik	12.515.842
Maximales BUDGET Kostenrisikoreserve inbegriffen	539.224.872

Die Festlegung maximaler Summen je Kostengruppe bedingt auch dass nur ein verständiger Ausbaustandard sowie die Mengenreduktion in verschiedenen Positionen, wie sie vom Gesundheitsministerium zur Förderung zurückbehalten wird, gefördert werden.

- Bei gleichzeitiger Festlegung maximaler Kosten je Kostengruppe (die grösstenteils unter den vom Bauherrn angefragten Summen liegen), empfehlen Prüfer und Direction de la Santé eine Kostenrisikoreserve von 10% wegen des ungenügenden Detaillierungsgrades der eingereichten Planung, den aktuell hohen Konjunkturrisiken und der noch nicht behördenseitig definitiv festgelegten / bekannten Anforderungen.

Eine spezifische Risikoreserve für festinstallierte Medizintechnik soli dem Risiko einer späteren Änderung des benötigten Finanzierungsgesetzes wegen Unterdeckung dieses Ausgabepostens entgegenwirken (siehe auch unter Vollständigkeit). Diese Reserve entbindet keineswegs den Bauherrn einen hohen Anteil der Medizintechnik aus eigenen Mitteln finanzieren zu müssen.

Das Gesundheitsministerium unterstreicht dass die Kostenrisikoreserve nur unter bestimmten Bedingungen in Anspruch genommen werden kann:

Betreffend die Vorgehensweise:

Eine vorherige schriftliche Begründung und Anfrage durch den Bauherrn sowie die explizite Genehmigung durch den Minister, vor Beauftragung der betreffenden Leistung, ist eine Bedingung. Es wird auch auf das neue Krankenhausgesetz verwiesen, demzufolge aile medizinischen Geräte überhalb einer gewissen Summe einer Genehmigung bedürfen.

Zweck der Kostenrisikoreserve:

nachweislich unvorhersehbare technische Anforderungen, die während der Bauausführung deutlich werden (Baugruben und Gründungsrisiken), wenn diese nicht aus fehlerhaft zugrunde gelegten Normen, Berechnungshypothesen, -methoden und -mittel resultieren;

Genehmigungsrisiken, wie unvorhersehbare zusätzliche Auflagen von Genehmigungsbehörden in bereits abgestimmten Bereichen

Gesetzes-/Normenänderungsrisiken, sofern diese in der Planungszeit nicht durch Ankündigungen und Vorveröffentlichungen bereits vorhersehbar gewesen waren

Genehmigte Planungsänderungen zur Integration neuer Innovation in der Medizintechnik, die nachweislich erhebliche Verbesserungen des Behandlungserfolges bringen und zum Planungszeitpunkt nicht bekannt waren

Konjunkturrisiko, falls die Kostensteigerung im Krankenhausbau deutlich stärker als der Baupreisindex wächst.

Der Bauherr hat sich mit dieser Vorgehensweise einverstanden erklärt.

Es bleibt zu bemerken, dass dieses Projekt eine automatische Warentransportanlage beinhaltet deren Investkosten sich in der Kostenberechnung niederschlagen; und dass – zusätzlich zur Klimatisierung der Intensivstation und OP-abteilung, sowie generell der adiabatischen Kühlung – Kühldecken (als Mittel die Raumtemperatur zusätzlich zu mindern) in einem Teil der Patientenzimmer, abhängig von der Sonneneinwirkung, vorgesehen sind.

Nicht geförderte Flächen (Kategorien CD) :

<i>Kosten laut Prüfung, HTVA, Index 04/2017</i>	
Kategorie C: Küche	17.096.957,19
Kategorie D:	
Öffentliches Restaurant (642 qm BGF)	1.571.087,40
Kiosk und Shops	791.866,95
Maison médicale	485.550,43
Anästhesie:Büros,Prähospitalisationskonsultationen	1.001.956,67
Büros Radiologen,Nuklearmediziner	447.219,10

Ambulante Chemotherapie:überzählige Arztträume	397.528,09
Schulung und Lehre: überzählige Fläche (80 qm)	364,512,96
Zusätzliche CDkosten TGA	1.814.010,61
Renaturierung Diepbach (Summe laut Bauherr)	4.043.046,92
TOTAL	28.013.736,32

Der Bauherr wird die maison médicale im neuen Krankenhausgebäude durch den Verkauf der jetzigen maison médicale finanzieren; der Ankauf des jetzigen hierfür genutzten Hauses war vom Staat subventioniert worden.

Die Anforderungen seitens des Gewerbeaufsichtsamtes sind gresenteils bekannt und alle eingearbeitet worden. Von Seiten der ITM (Brandschutzplanung). Es wird empfohlen, die Bedingungen der Genehmigung frühzeitig mit ITM zu klären.

Der Kenntnisstand betreffend die Anforderungen des Umweltamtes ist noch nicht definitiv.

*

DISKUSSIONspunkte:

➤ **Prozentsatz Betten in Einbettzimmern (81% insgesamt in diesem Projekt; 100% der Betten der Akutstationen) und Zuzahlung der Patienten;**

Die CPH ist der Meinung, dass in den neuen Bauprojekten wesentlich mehr Betten in Einbettzimmern als in der Vergangenheit geplant werden sollen.

Eine solche für die Patienten wünschenswerte Entwicklung (die auch eine höhere Belegung der Betten ermöglicht) darf aber nicht für Patienten mit geringem Einkommen unerschwinglich sein.

Das CHEM wird tarifmässig nicht zwischen Einbett- und Zweibettzimmer unterscheiden: Für die Belegung eines Einbettzimmers wird dem Patienten vom Krankenhaus kein Aufschlag verrechnet werden.

Die CPH ist der Meinung dass das Thema der Kopplung zwischen Zuzahlung des Patienten und Aufenthalt in einem Einbettzimmer in naher Zukunft thematisiert werden muss, da diese Kopplung im Falle einer solchen Erhöhung des Einbettzimmeranteils in einem Krankenhaus weder gerechtfertigt noch adäquat ist.

*

SCHLUSSFOLGERUNGEN:

Die CPH unterstützt das Ziel die verschiedenen Gebäude der drei Standorte auf einem Standort zu vereinen und ein zukunftsgerechtes Krankenhaus das eine optimale Versorgung der Patienten mit einer Minimierung der Betriebskosten ermöglichen soll, anzustreben. In Zeiten von Aerzte- und Krankenpflegermangel ist ein solches Ziel oberste Priorität. Das Südspital soll die Gebäudekomplexe der bisherigen drei Standorte des Centre Hospitalier Emile Mayrisch in Esch-Alzette, Dülelingen und Niedercorn, sowie den bestehenden Gebäudeteil des Centre François-Baclesse ersetzen.

Vorgenanntes Ziel kann aber nur im Fall einer definitiven Beendigung jeder Krankenhausaktivität in den jetzigen Gebäuden des CHEM in Esch-Alzette, Dülelingen und Niedercorn und des Centre François Baclesse, nach Inbetriebnahme des Südspital, erreicht werden: die CPH unterstreicht dass dies eine Bedingung der Genehmigung sein sollte.

Die CPH unterstreicht, wie das Gesundheitsministerium und dessen Berater, dass die optimale Funktionalität in den Krankenhausprojekten eine Priorität und Bedingung zur Genehmigung darstellen.

Die eingereichte APD-planung weist laut Prüfer und Direction de la Santé in funktionaler Hinsicht erhebliche Fortschritte zur APS-planung auf. Die Funktionalität ist in den Grundstrukturen (im Rahmen der Möglichkeiten des Entwurfskonzeptes) mittlerweile optimiert. So wurde u.a. die Geometrie des Einbettzimmers überarbeitet, um – trotz reduzierter Fläche des Großteils der Einbettzimmer (mind.

20 qm Nasszelle inklusive) – dieses patientensicher und pflege-ergonomisch und dadurch genehmigungsfähig zu machen.

Wegen der Dringlichkeit konnten aber noch nicht alle schriftlich auf den Plänen eingeschriebenen Änderungen eingearbeitet werden. Diese bereits festgelegten (und noch umzusetzenden) Änderungen sowie die im funktionalen Prüfbericht zur APD-Planung aufgeführten Optimierungen in Einzelräumen und Raumzusammenhängen müssen noch in der weiteren Zusammenarbeit zwischen Bauherrn, Planer und Direction de la santé eingearbeitet werden, damit die APD-Planung genehmigbar wird.

Die CPH begrüßt dass die „maison médicale“(D-fläche) innerhalb des Krankenhausareals geplant wird, da dies eine optimale Zuweisung der Patienten je Schweregrad zwischen Notfallambulanz des Krankenhauses und „maison médicale“erlaubt, im Respekt eines verständlichen medizinischen Angebots der Primär- und Sekundärversorgung für die Bevölkerung

Im selben Sinne ist die Anordnung eines Praxenhauses (D-fläche) in Anbindung an das Krankenhaus, wie vom CHEM geplant, als positiv hervorzuheben.

Laut Beurteilung der Flächen sind diese auskömmlich um eine Aktivitätssteigerung zu absorbieren, ist Flexibilität in der Nutzung in verschiedenen Bereichen möglich zum selben Zwecke, befinden sich zusätzlich Reserveflächen in verschiedenen Bereichen.

Die CPH hat die Analyse der Kostenberechnung durch die Prüfer zur Kenntnis genommen: „Das Ergebnis der Kostenprüfung APD zeigt die Notwendigkeit der Erhöhung des Budgets.

Das Budget (100%) beträgt 521.333.403 euro inkl. MwSt., indexiert auf 04/2017, inkl Risikozulage CPH, ohne Kategorien C+D. Die APD- prüfung ergibt 539.224.872 euro inkl. MwSt., indexiert auf 04/2017, inkl. Kostenrisikoreserve ... ohne Kategorien C+D.

...Ohne eine Budgeterhöhung ist das Projekt in dieser Form, diesen Flächen und vorliegendem Ausbaustandard nicht realisierbar.“

Aufgrund der durchgeführten Analyseunterstützt die CPH die Empfehlung der Direction de la Santé und des Prüfers nach einer Festlegung maximaler Summen je Kostengruppe, zwecks sorgfältigen Umgangs mit der staatlichen Subventionierung, einhergehend mit einer Kostenrisikoreserve deren Verwendung der vorherigen schriftlichen Begründung und Anfrage durch den Bauherrn und der expliziten Genehmigung durch den Minister bedarf.

Bei gleichzeitiger Festlegung maximaler Kosten je Kostengruppe (die größtenteils unter den vom Bauherrn angefragten Summen liegen), empfehlen Prüfer und Direction de la Santé eine Kostenrisikoreserve von 10% wegen des ungenügenden Detaillierungsgrades der eingereichten Planung, den aktuell hohen Konjunkturrisiken und der noch nicht behördenseitig definitiv festgelegten /bekannten Anforderungen.

Eine spezifische Risikoreserve für festinstallierte Medizintechnik soll dem Risiko einer späteren Änderung des benötigten Finanzierungsgesetzes wegen Unterdeckung dieses Ausgabepostens entgegenwirken (siehe auch unter Vollständigkeit). Es wird auch auf das neue Krankenhausgesetz verwiesen, demzufolge alle medizinischen Geräte oberhalb einer gewissen Summe einer Genehmigung bedürfen. Diese Reserve entbindet keineswegs den Bauherrn einen hohen Anteil der Medizintechnik aus eigenen Mitteln finanzieren zu müssen. Er verpflichtet sich zudem, die existierende Medizintechnik aus den bestehenden Spitälern zu übernehmen.

Die CPH begrüßt, dass die Kostenrisikoreserve nur unter bestimmten Bedingungen in Anspruch genommen werden kann.

In Anbetracht des innovativen Ansatzes (der u.a. eine flexible Belegung der Betten und fliegende Stationsgrenzen erlaubt), der erfolgten konsequenten Weiterentwicklung des Projektes in punkto Funktionalität, der Anerkennung des Bedarfes, und der Verpflichtung des Bauherrn und seiner Planer zur Kostenlimitierung und Einhaltung der oben skizzierten Vorgehensweise, gibt die CPH eine positive Stellungnahme zum vorgelegten APD des Projektes Südspidol sowie zur Festlegung eines Budgets von **539.224.872 euro (100%) inkl. 17% MwSt., Baukostenindex 04/2017, ohne Kosten CD, inkl. Kostenrisikoreserve wie empfohlen von Prüfern und Direction de la Santé** ab, die sie mit folgenden Bedingungen verknüpft:

- Einhaltung der spezifizierten Vorgehensweise: Festlegung der auch in dieser Stellungnahme angeführten maximalen Summen je Kostengruppe, zwecks sorgfältigen Umgangs mit der staatlichen Subventionierung; laufende Kostentransparenz und -kontrolle durch den Bauherrn; sowie Verwendung

der Kostenrisikoreserve nur nach vorheriger schriftlichen Begründung und Anfrage durch den Bauherrn und expliziter Genehmigung durch den Minister.

- Die bereits in den vorgestellten Plänen festgelegten (und noch umzusetzenden) Änderungen sowie die im funktionalen Prüfbericht zur APD-planung aufgeführten Optimierungen in Einzelräumen und Raumzusammenhängen müssen noch in der weiteren Zusammenarbeit zwischen Bauherrn, Planer und Direction de la santé eingearbeitet werden, damit die APD-Planung genehmigbar wird.
- Die Kosten der Patienten der Gefängnisstation werden dem Justizministerium verrechnet, wobei die Details der Kostenberechnung gegebenenfalls zwischen dem CHEM, der CNS und dem Justizministerium zu klären sind.
- Die Fertigstellung/ Umwandlung und Inbetriebnahme jedweder Reservefläche bedarf einer vorherigen ministeriellen Genehmigung.

Die CPH teilt auch des Ministeriums Einteilung der Flächen und Kosten betreffend D-Kategorie.

Die für die Patienten wünschenswerte Entwicklung zu einem hohen Anteil von Einbettzimmern (die auch eine höhere Belegung der Betten ermöglicht) darf nicht unerschwinglich sein für Patienten mit geringem Einkommen.

Die CPH begrüßt des Weiteren die Zusage des CHEM, tarifmäßig nicht zwischen Einbett- und Zweibettzimmer unterscheiden: Für die Belegung eines Einbettzimmers wird dem Patienten vom Krankenhaus kein Aufschlag verrechnet werden.

Dr Jean-Claude SCHMIT

Président

