

**Madame Lydia Mutsch**  
**Ministre de la Santé**

**Madame Cécile Hemmen**  
**Présidente de la Commission de la Santé,**  
**de l'Egalité des Chances et des Sports**  
**de la Chambre des Députés**

Bertrange, le 12 octobre 2017

Madame la Ministre,  
Madame la Présidente de la Commission de la Santé, de l'Egalité des chances et des Sports de la  
Chambre des Députés,

La FHL a pris connaissance avec étonnement des amendements apportés au texte du projet de loi no. 7056 par la Commission de la santé, de l'égalité des chances et des sports de la Chambre des Députés en date du 13 juin 2017.

Profondément respectueux de nos institutions, la FHL se doit de rendre attentif les décideurs politiques que les objectifs déclarés par la politique ou énumérés dans le texte, et que nous partageons, tel que notamment une meilleure qualité et transparence, ne pourront pas être atteints avec cette version amendée du projet de loi.

Ainsi, il nous importe de signaler qu'à notre avis la mise en œuvre de la documentation hospitalière, base fondamentale de la carte sanitaire et de toute planification hospitalière, risque de rester lettre morte au vu de l'absence de sanction pour non-respect des dispositions relatives au codage.

Au vu de l'état actuel du projet amendé, il nous importe d'informer clairement les responsables politiques que nous risquons l'échec du projet de documentation hospitalière.

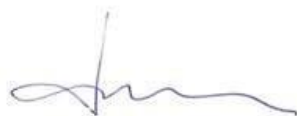
Nous comprenons que l'objectif déclaré de la refonte de la loi hospitalière vise également une amélioration de la gestion et de la pilotabilité de nos hôpitaux, mais cet objectif ne saurait être atteint si la structure de direction directement en charge et par conséquent responsable de la qualité, de la sécurité des patients, respectivement de la gestion des processus n'est pas valablement dotée des pouvoirs pour ce faire. Si le texte reste dans sa teneur actuelle, le déséquilibre entre Conseil médical et Direction ne cessera de s'accroître. Pareillement nous estimons que dans un environnement de médecine libérale le conflit d'intérêt au sein de l'organisme gestionnaire est implicite pour un administrateur médecin libéral y siégeant.

Par ailleurs nous notons avec incompréhension que la notion de "standardisation", notion clé de tout processus de qualité est supprimée. Ainsi nous nous interrogeons sur l'objectif de la politique en matière de gestion de la qualité et tout autant du contrôle du coût du système hospitalier, qui risque d'échapper aux gestionnaires dans pareil contexte.

Au vu de nos remarques formulées ci-avant, nous nous permettons d'insister avec force que les décideurs politiques tiennent compte des remarques du Conseil d'Etat dans son avis no. CE : 51.878 du 26 septembre 2017 afin de rattraper certains déficits majeurs d'un texte inefficace sur un certain nombre de points.

Permettez-nous de joindre en annexe nos propositions d'amendements.

Veuillez agréer, Madame la Ministre, Madame la Présidente de la Commission de la Santé, de l'Egalité des chances et des Sports de la Chambre des Députés, l'expression de notre très haute considération.



Marc HASTERT  
Secrétaire général



Paul JUNCK  
Président

Annexe : Prise de position FHL

# **Prise de position de la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL) au regard de certains amendements au texte du projet de loi no. 7056 relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière**

## **Introduction :**

La Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois avait dans son précédent avis constaté avec satisfaction que, par rapport au contenu de l'avant-projet de loi de janvier 2016, le texte du projet de loi avait intégré un certain nombre de modifications et adaptations liées à l'activité hospitalière, notamment au regard de la gouvernance hospitalière et des moyens à investir en infrastructures et en ressources en considération de l'utile et du nécessaire. Cette version du texte constituait une ouverture intéressante du point de vue des hôpitaux et était en concordance avec l'avis de la CPH.

Il se trouve que ce texte a subi entretemps une quarantaine d'amendements qui ont apporté une vision diamétralement différente au niveau de la gouvernance et de la gestion hospitalière. Ces amendements vont dans l'ensemble rendre difficile, voire illusoire, l'atteinte des objectifs de qualité, de sécurité et de transparence énoncés pour le secteur.

**La publication de l'avis complémentaire no. 51.878 du Conseil d'Etat en date du 26 septembre 2017 a toutefois retenu toute notre attention.**

Au regard de l'avis complémentaire du Conseil d'Etat, les points suivants méritent tout particulièrement d'être relevés :

## **Amendement 18 :**

Le Conseil d'Etat s'interroge sur l'utilité de pourvoir un organe qui dispose d'une voix consultative en plus d'une voix délibérative. Cette interrogation est partagée par la FHL qui est d'avis qu'une représentation du Conseil médical représentant des médecins libéraux avec voix délibérative va à l'encontre d'une saine gestion. Le médecin libéral constitue une entreprise individuelle à part entière et le fait de disposer d'une voix délibérative au sein de l'organisme gestionnaire de l'entreprise qu'il est appelé à gérer, implique un conflit d'intérêts quasi automatique.

Sur ce point la FHL renvoie à sa prise de position exprimée dans son avis du 25 janvier 2017 relative aux conflits d'intérêts évidents si des médecins siègent dans l'organisme gestionnaire pour y défendre leurs intérêts. De tels conflits ne manqueront pas d'empoisonner les bonnes relations et la confiance nécessaires pour une saine gestion de l'activité hospitalière.

Il convient d'autre part d'éviter aussi des conflits de lois au niveau de la composition des organismes gestionnaires, les structures de certains hôpitaux étant régies suivant un cadre fixée par des lois spéciales alors que la future loi hospitalière sera une loi générale.

Il en est de même concernant la législation relative aux syndicats intercommunaux. Ainsi, l'Hôpital intercommunal de Steinfort est constitué sous forme d'un Syndicat de communes, régi par la loi du 23 février 2001. Les organes d'un syndicat de communes sont le comité, le président et le bureau. (article 6) L'article 7 détermine la composition du comité et il est précisé que le comité peut s'adjoindre un conseil médical pour le conseiller dans ses tâches. Il est choisi parmi les médecins accrédités à, respectivement salariés de l'hôpital. Le conseil médical peut être convoqué aux réunions du bureau ou des commissions instituées par le comité. Il y a voix consultative.

### **Amendements 24 et 25 :**

Afin de pouvoir assurer une organisation cohérente et structurée des processus à l'intérieur de l'hôpital, **le rôle et les pouvoirs des directions hospitalières doivent être clairement définis**. La réforme envisagée doit mettre à disposition des directions les outils de pilotabilité de l'activité hospitalière afférents en vue d'une gestion orientée vers des soins de qualité. D'autre part, une implication sans exception aux niveaux adéquats de tous les acteurs est requise pour aboutir à un mode de fonctionnement hospitalier transparent et responsable de sa qualité.

La FHL constate qu'à la lecture des textes amendés **le problème épineux des pouvoirs de pilotabilité de la direction hospitalière reste non solutionné** et regrette fortement l'absence d'outils adéquats mis à disposition du directeur général alors que la loi lui impose de veiller à ce que la continuité des missions imparties à l'hôpital soit assurée pendant toute la durée de la présence des patients faisant appel à ses services.

### **Amendement 28 :**

Le Conseil d'Etat estime que la loi « *peut prévoir des principes à faire respecter par les médecins dans les hôpitaux, quel que soit leur statut contractuel. Ces principes ne doivent pas aller au-delà de ce qui est nécessaire pour garantir un fonctionnement adéquat des hôpitaux, tant dans le but de maintenir sur le territoire national un service médical de qualité, équilibré et accessible à tous, que dans celui de préserver l'équilibre financier du système de sécurité sociale* ».

La FHL se rallie à l'avis du Conseil d'Etat pour **l'officialisation d'un texte au niveau de la loi qui précisera les éléments concernant les modalités de collaboration entre hôpital et médecin libéral, qui doivent être précisées dans un contrat spécifique qui tient compte d'une situation particulière d'association d'un praticien libéral avec l'entreprise hospitalière**, tout en veillant au respect des attributions de la Conférence nationale des conseils médicaux.

La FHL s'interroge donc sur le statut du médecin tout en comprenant que la politique poursuivie soutient le modèle libéral. **Le contrat hôpital-médecin est alors à comprendre comme un contrat de collaboration de type « association momentanée » visant à poursuivre des objectifs communs**. Ce contrat a notamment comme caractéristiques d'être conclu à durée déterminée avec une option de prorogation suivant certaines conditions/modalités.

Dans un souci de garantir un fonctionnement adéquat des hôpitaux, la FHL propose le contenu minimal suivant :

« *Le contrat-type réglant les relations de collaboration entre un établissement hospitalier et un médecin hospitalier contient au minimum les dispositions suivantes :*

- **L'objet du contrat** : Le contrat définira clairement les objectifs et modalités de collaboration des parties.
- **La durée du contrat** : Le contrat sera conclu pour une **durée déterminée** (exemple : 5 ans). Les modalités de prorogation devront être prévues au contrat tout comme celles relatives à la résiliation.
- **L'obligation à participer au service de garde et de disponibilité**, afin d'assurer une **continuité des soins** dans sa spécialité en conformité avec le règlement interne et la législation sur le service d'urgence.
- **Les principes et règles régissant les interactions entre le dossier médical proprement dit et le dossier informatique du patient hospitalisé.**
- **Une période d'essai de 12 mois au cours de laquelle les 2 parties peuvent résilier le contrat sans indication de motifs moyennant préavis d'un mois.**

- ***Au-delà de la période d'essai et sans préjudice de la possibilité de chacune des parties de résilier le contrat pour motif grave, le contrat peut être dénoncé sans indication de motifs moyennant un préavis de 6 mois.***

En annexe au présent document (annexe 1) et à titre subsidiaire, nous avons listé une série de stipulations contractuelles plus détaillées.

### **Amendement 31 :**

**La Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois et tous ses membres soutiennent sans équivoque le projet d'un système permettant une mise en place d'une analyse quantitative et qualitative de l'activité des hôpitaux.**

Le texte actuel ne permet en aucune mesure de garantir la transparence recherchée vu que les obligations ne sont nulle part associées à une sanction à qui contrevient à la loi. D'autre part l'article 18, en combinaison avec l'article 32, rendent hypothétiques la mise en œuvre de mesures disciplinaires internes imposées par les hôpitaux au médecin libéral récalcitrant. De ce fait la FHL émet ses plus grandes réserves sur la praticabilité de ces amendements et la volonté politique de mettre en place une documentation hospitalière visant la transparence.

La FHL rejoint l'avis du Conseil d'Etat concernant les droits des patients ainsi que la directive 2011/24/UE du 9 mars 2011 du Parlement Européen et du Conseil de l'Union Européenne et demande avec insistance une transparence complète dans la facturation de l'acte hospitalier.

**En conclusion**, la FHL insiste sur le constat que le but poursuivi par la mise en place d'une documentation hospitalière ne pourra être atteint que celle-ci est complète. Le prérequis incontournable, sans remettre en question les droits du corps médical, est donc de s'assurer en premier lieu qui est le responsable de la gestion pouvant garantir cet objectif, si nécessaire **en prenant les mesures qui s'imposent en cas de non-respect des obligations de codification.**

**C'est pourquoi la FHL approuve la proposition de texte formulée par le Conseil d'Etat à rajouter au dernier alinéa du paragraphe 3 in fine : « Ils (les médecins) rapportent de même les codes de facturation de leurs honoraires médicaux relatifs à ces actes et examens ».**

Dans un souci de transparence et de respect des droits du patient, en conformité avec la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations des patients, et de la législation issue de la directive 2011/24/UE du 9 mars 2011 du Parlement Européen et du Conseil de l'Union Européenne relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, **une seule facture pour l'ensemble du séjour hospitalier, comprenant tous les actes prestés par les différents acteurs hospitaliers, doit s'imposer.**

En annexe au présent document (annexe 2), nous avons apporté des réflexions complémentaires liées au sujet de la documentation.

Bertrange, le 12 octobre 2017

## **Annexe 1** **relative aux observations formulées** **par rapport à l'amendement no. 28**

*Dans un esprit d'harmonisation des stipulations contractuelles sans imposer une quelconque restriction à la liberté d'exercice d'une profession indépendante, le médecin hospitalier est tenu de:*

- *se conformer dans le choix de ses thérapies aux recommandations liées à la prévention des risques et à la prévention des infections nosocomiales ;*
- *utiliser l'infrastructure et le matériel de l'établissement en bon père de famille et signaler par écrit et dans les meilleurs délais à la direction de l'établissement hospitalier tous les défauts de matériel constatés en cours de travail ;*
- *participer aux réunions de son service en matière de décisions de standards thérapeutiques et d'amélioration de la qualité et plus généralement participer aux réunions de concertation pluridisciplinaires ;*
- *déclarer sans délai tout incident ou accident thérapeutique mettant en cause la sécurité ou la santé d'un patient hospitalisé, stationnaire ou ambulatoire, au directeur médical ;*
- *collaborer à la formation de médecins en voie de formation ou en voie de spécialisation, dans le cadre des conventions et dispositions légales. Le médecin « maître de stage » garde l'entière responsabilité des actes réalisés, le médecin stagiaire exerçant sous sa responsabilité et ne devant donc pas prêter des actes sur sa propre initiative. En ce sens le médecin « maître de stage » ne peut déléguer purement et simplement tout ou partie de son activité à son stagiaire ;*
- *acquérir les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de son activité professionnelle au Luxembourg. Il peut engager sa responsabilité disciplinaire, civile ou pénale si, par suite d'une insuffisance de ses connaissances linguistiques, il commet une erreur dans l'exercice de sa profession. Si le médecin ne maîtrise pas la langue luxembourgeoise, il s'engage à l'apprendre dans l'intérêt des patients dès la signature du présent contrat en vue de pratiquer cette langue dans les 24 (vingt-quatre) mois ;*
- *s'engager à participer au service de garde et de disponibilité, afin d'assurer une continuité des soins dans sa spécialité en conformité avec le règlement interne et la législation sur le service d'urgence. Par dérogation, le médecin peut, pour des raisons de santé dûment justifiées et éventuellement sous le contrôle du collège médical, ne plus participer au service de garde et de disponibilité de l'établissement hospitalier ;*
- *planifier ses activités et ses congés en fonction de l'organisation des horaires et des contraintes du service et en coordination étroite avec l'organisation générale de l'hôpital ; en cas d'absence, le médecin traitant devra se faire remplacer pour la continuation du traitement de ses patients par un médecin de sa spécialité ou compétence, tout en s'assurant que le médecin est de sa spécialité et qu'il a les compétences et les autorisations requises. La direction devra être informée de l'identité du médecin remplaçant agréé et de la durée du remplacement. Tout remplacement par un médecin compétent non-agréé ne pourra se faire qu'avec l'accord de la direction de l'établissement hospitalier, le conseil médical entendu en son avis.*
- *documenter tout acte effectué sur un patient à l'hôpital dans le dossier hospitalier du patient et en remettre les actes et procédures codés suivant les classifications ICD-10-CM et ICD-10-PCS, conformément aux dispositions de la présente loi et aux dispositions de la convention cadre signée en date du 13 décembre 1993 entre l'Association des Médecins et Médecins-dentistes et la CNS et amendée en date du 7 juin 2016 ;*
- *documenter et partager dans le dossier patient toutes ses observations, réflexions et conclusions nécessaires pour une bonne prise en charge du patient dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire et de constituer ainsi un véritable dossier patient partagé comme outil de travail ;*

- *établir ses mémoires d'honoraires selon les modalités en vigueur et dans la conformité des dispositions énoncées au paragraphe précédent.*

*En outre, d'une manière générale :*

- *Le médecin s'engagera à organiser son activité extra-hospitalière de façon à ne pas concurrencer déloyalement l'établissement hospitalier.*
- *Les parties au contrat devront convenir que les dispositions relatives au statut, à la structure et à l'organisation de l'établissement hospitalier, et notamment le règlement d'ordre intérieur, dont elles reconnaissent avoir pris connaissance, font partie intégrante du présent contrat. Le médecin s'engagera à contribuer à la marche régulière des services dont les modalités de fonctionnement intérieur seront arrêtées par la Direction.*
- *Les parties devront s'engager à respecter les fonctions et attributions des différentes instances administratives, médicales, de soins et autres prévues par les textes législatifs et réglementaires en vigueur et à adhérer aux dispositions nouvelles qui pourraient y être intégrées selon la procédure en vigueur dans l'établissement.*
- *Le médecin ne pourra faire intervenir du personnel non employé par l'établissement hospitalier sans un accord formel et préalable de la direction.*
- *Le médecin s'assurera pour ses responsabilités civiles, contractuelles, délictuelles ou quasi-délictuelles auprès d'une compagnie d'assurances agréée au Grand-Duché de Luxembourg. Les contrats d'assurance couvriront non seulement sa responsabilité vis-à-vis de ses malades, mais d'une façon générale toute son activité à la clinique. Le médecin s'assurera à un montant suffisant contre les risques de sa responsabilité civile professionnelle et s'engage à faire réévaluer régulièrement la hauteur de sa couverture.*
- *En cas d'inexécution grave ou répétée de la part d'un médecin des obligations lui incombant en vertu du présent contrat, une suspension provisoire d'exercice dans l'établissement hospitalier ne pouvant dépasser quinze jours pourra être prononcée à l'égard du médecin, par décision motivée.*

## Annexe2 relative à l'amendement 31 « Documentation hospitalière »

Les diagnostics et les interventions et examens médicaux seront codés suivant les classifications ICD-10-CM et ICD-10-PCS. Cette approche a déjà été prévue au niveau des avenants aux conventions-cadres AMMD/CNS et FHL/CNS signés en date du 7 juin 2016 en application de l'article 75 du code de la sécurité sociale. Les amendements devaient entrer en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2017, date refixée par la suite au 1<sup>er</sup> juillet 2017.

En date du lundi, 21 août 2017 fut organisée sous la coordination de Monsieur François Müller une réunion de travail et de réflexion pour analyser les moyens à disposition pour garantir une participation efficace des médecins aux opérations de codage à réaliser à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2017. Force fut de constater que le texte du projet de loi no. 7056 précité ne comporte actuellement aucune disposition prévoyant une mesure à l'encontre des médecins récalcitrants. D'autre part, le bilan de l'expérience vécue au niveau des premiers recensements de l'activité de codage des médecins depuis juillet 2017 ne nous conforte pas dans l'idée que le système tel qu'il est actuellement sur le papier sera un succès, loin de là. Les directions hospitalières se trouvent confrontées à une situation qui risque de devenir intenable, sachant qu'elles sont tributaires d'une bonne exécution du système de codification pour permettre une saine gestion de l'activité et pour pouvoir livrer des données robustes tout en ne perdant pas de vue que dans un proche avenir les moyens financiers seront débloqués en considération de celles-ci. Sachant que la majorité des établissements hospitaliers fonctionnent avec des médecins pratiquant en exercice libéral et que les médecins savent qu'aucune mesure légale ou contrainte de la CNS ne les oblige à coder, ces établissements seront gravement pénalisés si aucune mesure adéquate n'est prise pour remédier à cet état des choses. En effet, ces hôpitaux sont totalement démunis face à un corps médical qui serait récalcitrant.

Le problème se situe et peut être solutionné à deux niveaux. A un niveau légal en prévoyant dans le texte de la future loi hospitalière les dispositions pour s'assurer que tous les médecins réaliseront effectivement les opérations de codification qui leur sont demandées, y compris les sanctions en cas de non-respect, et/ou à un niveau conventionnel via la CNS qui prévoirait un incitant positif (compensation financière) honorant les efforts de codage mais qui sanctionnerait aussi financièrement les médecins récalcitrants au niveau de la prise en charge de leurs honoraires. La FHL est favorable à un système d'incitant financier ex post en faveur des médecins, sachant que les efforts qui seront engagés par le corps médical représentent un temps de travail supplémentaire à fournir. Mais il faut aussi garder à l'esprit qu'il y aura malheureusement toujours des récalcitrants et les hôpitaux ne disposent pas de leviers adéquats pour obliger les médecins à coder. Un apprentissage permettra d'améliorer le niveau de qualité de la codification mais qu'en sera-t-il des diagnostics et actes non codés ?

La FHL partage le point de vue du Conseil d'Etat qui dans son avis complémentaire (CE : 51.878) du 26 septembre 2017 au projet de loi no. 7056, amendement 31 ayant trait au nouvel article 38 portant sur la documentation hospitalière, retient, aussi dans une logique de conformité aux dispositions de la directive européenne 2011/24/EU sur les soins de santé transfrontaliers, que « les médecins hospitaliers doivent fournir des factures claires et des informations claires sur les prix ». Ainsi, le Conseil d'Etat écrit dans son avis précité qu'« afin de pouvoir donner suite à ces demandes et d'établir le coût global, **l'établissement hospitalier doit être en mesure de disposer des informations requises en matière d'honoraires médicaux en rapport avec le séjour hospitalier dûment documenté** ». La FHL approuve la proposition de texte formulée par le Conseil d'Etat à rajouter au dernier alinéa du paragraphe 3 in fine : « **Ils (les médecins) rapportent de même les codes de facturation de leurs honoraires médicaux relatifs à ces actes et examens** ».

Il faudrait toutefois aussi préciser qu'à défaut de ce faire la CNS devrait refuser d'honorer les actes médicaux des médecins récalcitrants par rapport aux obligations légales et conventionnelles de codage.