CHAMBRE DES SALARIÉS
LUXEMBOURG

TEXTE DU PROJET

N° de projet : 42/2022-1

30 mai 2022

Virage ambulatoire

Projet de loi portant modification :
1° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;
2° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;
3° du Code de la sécurité sociale

Informations techniques :

N° du projet :	42/2022
Remise de l'avis :	meilleurs délais
Ministère compétent :	Ministère de la Santé
Commission :	"Affaires sociales, sécurité et santé au travail et environnement"

CSL • 18 RUE AUGUSTE LUMIÈRE • L-1950 LUXEMBOURG • T +352 27 494 200 • F +352 27 494 250
B.P. 1263 • L-1012 LUXEMBOURG • CSL@CSL.LU • WWW.CSL.LU

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Sécurité sociale

Projet de loi portant modification :

1° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;

2° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;

3° du Code de la sécurité sociale

Exposé des motifs

I. Introduction

Le système de santé au Grand-Duché de Luxembourg est articulé autour des valeurs fondamentales que sont l'universalité, l'accès à des soins de qualité, l'équité et la solidarité. Le système de santé se doit d'être à la pointe du progrès médical, moderne, capable de s'adapter aux besoins et aux défis de la société. Les besoins du patient sont au centre du système de santé et le patient est un acteur à part entière du système.

L'accord de coalition 2018-2023 prévoit dans sa section Santé, sous-section secteur hospitalier, volet virage ambulatoire que « *Des mesures favorisont et accompagnant le « virage ambulatoire » seront mises en place. Il s'agira d'assurer la promotion des alternatives à l'hospitalisation classique lorsque cela est possible sans perte de qualité, en accord et dans l'intérêt du patient. Des incitants financiers seront introduits en faveur des prestataires et des patients tant dans la nomenclature des actes et des services médicaux, que dans les financements des hôpitaux et au niveau des madalités de remboursement. La création de structures de soins d'aval sera soutenue, permettant de réduire les délais de séjaur en milieu hospitalier. Les offres d'hospitalisation à domicile ou dans d'autres structures de soins intermédiaires et moins coûteuses seront soutenues en développant un plan d'action « aut of haspital »* ».

Aussi et « *Afin de réduire les délais d'attente pour les examens de résannance magnétique, il sera procédé à la mise en place des quatre IRM supplémentaires prévues répondant aux derniers standards de la technalagie. Tout en respectant une couverture géagraphique adéquate et en respectant les recommandations en matière de prescription des examens, une réflexion sera menée sur l'oppartunité de l'installation en milieu extrahaspitolier de plateaux techniques, diagnostiques et de traitement ambulatoire.* »

De même « *La mise en place d'une dacumentation hospitalière dans les divers établissements est une pierre angulaire de la planificatian hospitalière ainsi que du financement futur des hôpitaux. Toutes les ressources nécessaires doivent être mises à disposition pour qu'elle puisse s'appliquer le plus rapidement possible. Le financement à l'activité des hôpitaux sera mis en place lorsque les conditions préalables seront atteintes.* »

En effet, depuis la mise en place des IRM supplémentaires, les délais avant qu'un patient puisse bénéficier d'une IRM ont chuté en moyenne de 20% et les patients ayant besoin d'un rendez-vous en pour une IRM en urgence, c'est-à-dire une IRM non programmée, reçoivent un rendez-vous sans délai d'attente considérable. Toutefois, les délais d'attente pour une IRM non-urgente restent élevés.

Actuellement, l'implantation de services IRM en milieu extrahospitalier est limitée par l'article 4 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière qui prévoit que chaque centre hospitalier peut disposer au maximum de trois sites hospitaliers. Au vu de la législation actuellement en vigueur, uniquement deux centres hospitaliers peuvent bénéficiers de trois sites. Toutefois, l'évaluation des besoins a bien montré qu'il faut des sites additionnels en dehors des sites hospitaliers afin de répondre aux besoins de la population. Par conséquent, des réflexions organisationnelles ont été menées et il est ainsi proposé de créer des modalités de collaboration et de financement plus flexibles. Ceci permettra de contribuer au virage ambulatoire et sera une réponse aux longues délais que nécessitent les projets de construction.

De surcroît, notons que la loi modifiée du 8 mars 2018 précitée, et notamment son article 14 maintient les principes des lois hospitalières abrogées (celle du 29 août 1976 et du 28 août 1998) et prévoit que l'acquisition ou l'utilisation par les établissements hospitaliers d'appareils médicaux nécessitant une planification nationale est soumise à l'autorisation du ministre de la Santé qui sollicite l'avis de la commission permanente pour le secteur hospitalier. Il en va de même pour les équipements ou appareils médicaux dont le coût dépasse 250.000 euros.

Ensuite, l'article 19 de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire constitue le corollaire de l'article 14 (1) de la loi modifiée du 8 mars 2018 prémentionnée et que dans son arrêt n°148/19, la Cour constitutionnelle a considéré que l'établissement de la liste des équipements et appareils qui ne peuvent être acquis par les médecins et médecins-dentistes pour les besoins de leur cabinet médical, prévue à l'article 19 précitée, constitue une restriction à l'exercice de la profession libérale de médecin, qui en tant que telle doit être réglée au niveau de la loi. Dès lors, il est nécessaire de créer une base légale pour les équipements réservés au milieu hospitalier dans le cadre de la loi modifiée du 8 mars 2018 précitée. À cet effet, il échet de constater que la liste des équipements et appareils qui ne peuvent être détenus ou utilisés par les médecins et médecins-dentistes pour les besoins de leur cabinet médical sera intégrée de manière révisée au sein de l'annexe 3 de la loi modifiée du 8 mars 2018 prévoyant les équipements et appareils médicaux réservés au milieu hospitalier. Cette liste sera opposable aux médecins qui ne peuvent donc pas s'installer et exploiter à leur compte les appareils réservés au milieu hospitalier.

Le présent projet de loi apporte des réponses aux défis énoncés ci-avant, en favorisant davantage la prise en charge ambulatoire des soins de santé en instaurant des incitatifs pour encourager cette transformation par l'introduction de sites hospitaliers supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires, tout en assurant notamment une couverture des besoins en infrastructures d'imagerie médicale, et en proposant des dispositions légales, aussi par le recours à des modalités de collaboration et de financement plus flexibles à l'activité ciblé sur les soins ambulatoires, et tout en maintenant les fondements du système de santé.

II. Le cadre général

II.1. Le système de santé

Le développement du système de santé est un processus permanent d'adaptation aux besoins changeants de la population, d'intégration des nouvelles possibilités de traitement et d'amélioration de la qualité et de l'efficience des prestations fournies. Ce processus doit garder le patient au centre de ses préoccupations, qui s'attend à une offre de service de qualité, mais veut aussi être associé à la prise en charge en tant que personne informée, responsable et autonome.

Le système de santé publique se caractérise par le libre accès à des soins de qualité, l'égalité de traitement, le financement solidaire et aussi la solidarité avec les bénéficiaires de soins. La pérennisation de ces valeurs exige un esprit de modernisation, une approche critique, une nécessité de transparence et une recherche de la qualité et de l'efficience.

II.2. Les visées du projet de loi

Depuis la réforme structurelle de 1992, les fondements du système de santé sont globalement restés inchangés notamment en ce qui concerne le conventionnement obligatoire des prestataires de soins garantissant un accès égal et équitable à l'offre de soins, une médecine libérale jouissant d'une liberté thérapeutique et d'une liberté de prescription large, ainsi qu'un secteur hospitalier planifié, fonctionnant suivant des principes comparables à un service public.

Grâce à une très bonne situation économique au cours des dernières années, des investissements substantiels par le biais du Fonds des investissements hospitaliers et de l'assurance maladie-maternité ont été réalisés en faveur des infrastructures hospitalières. Le pays dispose à ce jour d'un système de santé très développé offrant aux assurés des services de qualité et assurant aux prestataires des conditions généreuses[1][2][3].

Or au vu de la croissance démographique et notamment du vieillissement de la population il y a un risque

- de pénurie de ressources humaines [4],
- d'engorgement des ressources infrastructurelles hospitalières[5] et
- de besoins de ressources financières supplémentaires[6].

Afin de remédier à ces risques plusieurs opportunités sont à soulever, notamment

---

[1] Le système de santé au Luxembourg-Une comparaison internationale, IGSS, 2020
[2] Le système des comptes de la santé - La dépense de santé courante au Luxembourg: Une comparaison internationale, IGSS, 2020
[3] Soins transfrontaliers- Analyse des dépenses et de la population concernée, IGSS, 2020
[4] État des lieux des professions médicales et des professions de santé au Luxembourg, Ministère de la Santé, 2019
[5] Modélisation des coûts prospectifs liés aux soins hospitaliers pris en charge par l'assurance maladie-maternité, IGSS, 2021
[6] Rapport sur la situation financière de l'assurance maladie-maternité, IGSS, 2021

- une réorganisation du parcours du patient (soins primaires, soins ambulatoires, hospitalisation à domicile...) ayant notamment pour objet une réduction de la durée moyenne de séjour,
- une stratégie de la prévention contribuant à une réduction aux recours aux soins,
- une augmentation de l'attractivité du secteur de santé et
- une digitalisation du secteur menant à une optimisation des contributions des ressources.

Bien entendu il y a lieu de respecter les contraintes économiques et financières imposées.

L'objectif partagé est de pousser davantage la prise en charge ambulatoire en instaurant des incitatifs pour encourager cette transformation dont l'objectif devrait être de proposer des services de qualité et durablement finançables. Une future planification doit ainsi impérativement valoriser le virage ambulatoire.

Considérant que selon l'article 1er de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, les missions d'un hôpital englobent des activités de soins de santé stationnaires tout comme des activités de soins ambulatoires, que le progrès médical a fait évoluer le spectre et le volume des activités ambulatoires, qu'il convient donc de tenir compte de ces besoins sanitaires et de les adapter en augmentant les capacités hospitalières ambulatoires, que l'évolution démographique et l'augmentation des pathologies chroniques fera également croître, en moindre mesure, les besoins en capacités stationnaires et qu'il convient dès lors d'assurer l'augmentation des capacités ambulatoires non seulement sur les sites hospitaliers actuels, mais également sur des sites supplémentaires dédiés exclusivement à l'ambulatoire afin d'assurer un développement harmonieux et du secteur stationnaire et du secteur ambulatoire :

- il faut prévoir la création de sites hospitaliers supplémentaires exclusivement dédiés aux activités ambulatoires ;
- ces sites entreront dans le cadre légal global de planification nationale tenant compte des besoins sanitaires et par conséquent les dispositions y relatives s'inscriront dans la loi ;
- ne pourront donc être exploités sur ces sites supplémentaires que des activités de services n'ayant pas recours à des lits d'hospitalisation, conformément à l'annexe 2, point D de la loi, à savoir notamment les services de dialyse, d'imagerie médicale, d'hospitalisation de jour non chirurgicale ou encore de traitement oncologiques ambulatoires.

Une considération géographique est importante afin de faciliter l'accès aux soins tout en assurant la qualité des services et des soins médicaux, et tout en reconnaissant qu'il ne s'agit pas d'une délocalisation d'une offre actuellement hospitalière mais plutôt d'évaluer les potentiels lieux dédiés pour offrir des nouveaux services en relation avec les expectatives des patients, qui sont notamment une proximité des soins primaires avec une coordination étroite entre tous les professionnels de santé, tout en reconnaissant la nécessité de la centralisation de la spécialisation au niveau des sites hospitaliers afin de proposer des services de pointe et de qualité.

Pour des interventions de routine, des centres délocalisés à proximité du lieu de résidence ou du lieu de travail sont envisagés. Pourtant des actes complexes se prêtent certainement mieux pour des centres spécialisés et où le patient n'hésite pas de faire des déplacements spécifiques pour être traité par des

spécialistes dans un environnement spécialisé. A ce sujet une interconnexion et une forte digitalisation sont clé.

Aussi une attractivité du système de santé pour les professionnels de santé et une qualité des soins médicaux sont clé pour que le système de santé reste soutenable et il faut dès lors assurer que le professionnel de santé ait notamment accès aux infrastructures dans les meilleurs délais. En outre, il est important d'assurer une certaine flexibilité aux médecins et d'assurer la possibilité de travailler sur des équipements et appareils de pointe en ligne avec l'innovation.

Ainsi en premier lieu un état des lieux sur les besoins en soins ambulatoires dans la globalité est à établir sur base de prospections sanitaires selon des considérations démographiques, épidémiologiques, géographiques et infrastructurelles, et sur base des activités de soins ambulatoires sur les sites hospitaliers[7].

Suite aux activités détectées, il s'agit de se prononcer par rapport aux procédures et aux types de patients pouvant être pris en charge en ambulatoire sur des sites dédiés hors sites hospitaliers existants.

Dans la suite une répartition des activités de soins ambulatoires entre des sites hospitaliers existants et des sites dédiés hors sites hospitaliers est à retenir. Cette phase permet de quantifier en nombre et en nature l'allocation de sites dédiés hors sites hospitaliers existants.

Sur base d'une planification, l'organisation et le financement des sites dédiés, aussi en en ce qui concerne les infrastructures et spécifiquement les équipements[8], sont dès lors fixés dans le cadre de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière et du Code de la sécurité sociale. Ainsi le financement des infrastructures reste assuré par les pouvoirs publics. Le financement des coûts d'exploitation se fera, le cas échant, sur base d'une approche forfaitaire tandis que les actes médicaux sont couverts par la nomenclature.

L'approche d'un financement forfaitaire[9] par passage des coûts d'exploitation est dès lors possible pour les activités de soins ambulatoires prestées sur des sites hospitaliers ou des sites dédiés afin de favoriser le virage ambulatoire[10]. A ce sujet le financement de ces activités n'est pas limité par l'enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier, car cette budgétisation se fera en dehors de l'enveloppe budgétaire globale.

III. Considérations démographiques, épidémiologiques, géographiques et infrastructurelles, et sur base des activités de soins ambulatoires sur les sites hospitaliers

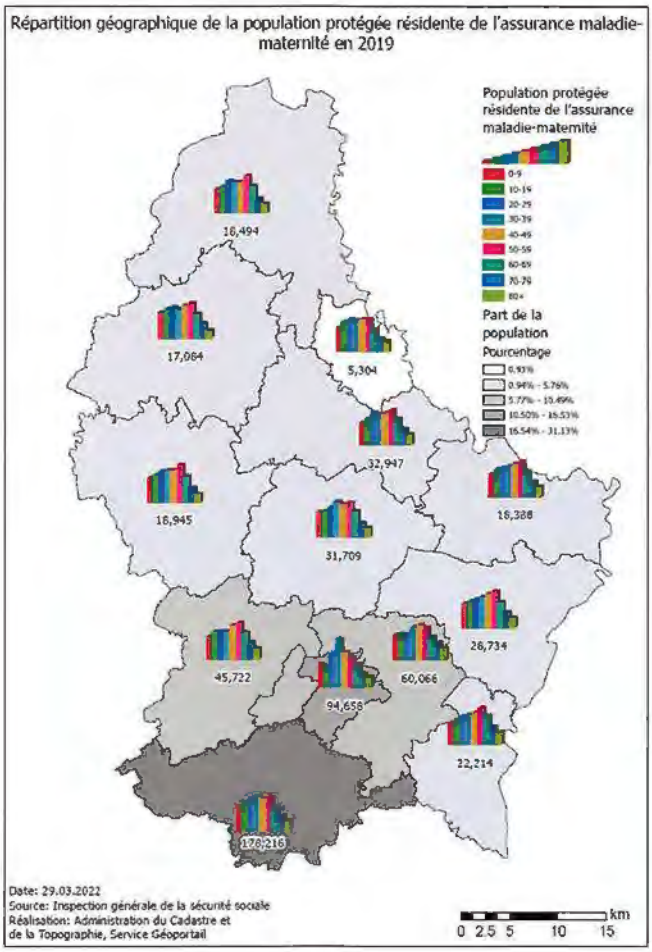
[7] Voir section III. Considérations démographiques, épidémiologiques, géographiques et infrastructurelles, et sur base des activités de soins ambulatoires sur les sites hospitaliers
[8] La protection sociale face à la médecine libérale : l'arrêt de la Cour constitutionnelle du 5 juillet 2019, IGSS, 2021
[9] La Documentation et la Classification des Séjours Hospitaliers, IGSS, 2021
[10] Répartition de l'activité hospitalière 2019 entre ambulatoire et stationnaire, IGSS, 2021

La présente section présente des considérations démographiques, épidémiologiques, géographiques et infrastructurelles, sur base des activités de soins ambulatoires sur les sites hospitaliers pour l'année 2019. La méthodologie et la terminologie suivante est appliquée :

- le taux de recours correspond au rapport de résidents d'un canton ayant eu au moins un examen ou un passage en 2019 par rapport à la population protégée totale dudit canton ;
- la sous-section relative à la population concerne les personnes affiliées au régime d'assurance maladie-maternité luxembourgeois et ne considère que subsidiairement les membres de famille des fonctionnaires européens bénéficiant du Régime Commun d'Assurance Maladie des institutions de l'Union européenne (RCAM) ;
- la sous-section relative aux soins ambulatoires considère les personnes résidentes affiliées au régime d'assurance maladie-maternité, et la partie sur la mammographie se limite aux femmes affiliées au régime d'assurance maladie-maternité ;
- les prestations prises en compte sont les soins ambulatoires avec et sans prise en charge (y compris les urgences) ;
- la résidence est déterminée au moment de la délivrance de l'examen ;
- les cantons de Luxembourg-Ville et Luxembourg-Campagne sont affichés individuellement sur la carte mais commentés ensemble ci-dessous en parlant du canton de Luxembourg ;
- l'analyse se limite à l'activité des quatre centres hospitaliers : les Hôpitaux Robert Schuman (HRS), le Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL), le Centre Hospitalier du Nord (CHdN) et le Centre hospitalier Emile Mayrisch (CHEM).

III.1. Répartition géographique de la population protégée résidente de l'assurance maladie-maternité en 2019

La population protégée résidente de l'assurance maladie-maternité s'élève à 572.481 personnes en 2019, dont 285.622 femmes et 286.859 hommes. Le canton avec la part la plus importante de la population protégée résidente de l'assurance maladie-maternité est le canton d'Esch-Sur-Alzette avec 31,1%, suivi du canton de Luxembourg qui représente 27,0% de la population protégée résidente de l'assurance maladie-maternité. En particulier, le canton d'Esch-sur-Alzette compte 178.216 personnes et le canton de Luxembourg compte 154.724 personnes.



Les cantons de Capellen, Diekirch et Mersch complètent le top 5 des cantons représentant les parts les plus importantes de la population protégée résidente avec des parts de 8,0% respectivement de 5,8% et 5,5% de la population protégée résidente. Le canton de Grevenmacher représente 5,0% de la population protégée résidente, et les autres cantons présentent à chaque fois moins de 5,0%.

L'analyse de la répartition de la population d'un canton donné selon la classe d'âge montre que dans les cantons de Remich et de Luxembourg, la classe d'âge de 0 à 19 ans représente uniquement 19,9% respectivement 19,7% de leur population respective, alors que ces parts dépassent les 20,0% dans les autres cantons pour s'élever même à 23,8% dans le canton de Wiltz et à 23,2% dans le canton de Vianden. Dans le canton d'Esch-sur-Alzette, ce groupe d'âge représente 21,5% de la population.

La part des personnes âgées entre 20 et 59 ans dans la population résidente d'un canton est la plus élevée dans le canton de Luxembourg, soit 59,9% ; la part de cette classe d'âge étant inférieure à ce taux dans les autres cantons. Par exemple, dans les cantons de Remich et de Capellen, les groupes d'âge de 20 à 59 ans représentent une part de moins de 55,0% de la population résidente.

En comparant les classes d'âges des différents cantons, il en ressort aussi que le canton de Remich présente une part plus élevée de personnes âgées de 60 ans et plus, soit 25,4% de sa population protégée. Le canton de Capellen présente une part de 23,8% pour les personnes âgées de 60 ans et plus par rapport au reste de sa population. Les cantons de Diekirch, Echternach et Grevenmacher présentent des parts de 22,7%, de 22,3% respectivement de 22,1%. Pour Clervaux, cette part s'élève à 21,9% et pour Esch-sur-Alzette, elle s'élève à 21,2%. Les cantons de Vianden et de Wiltz présentent les parts les plus faibles de personnes âgées de 60 ans et plus par rapport au reste de leur population avec 20,5% respectivement 20,6%.

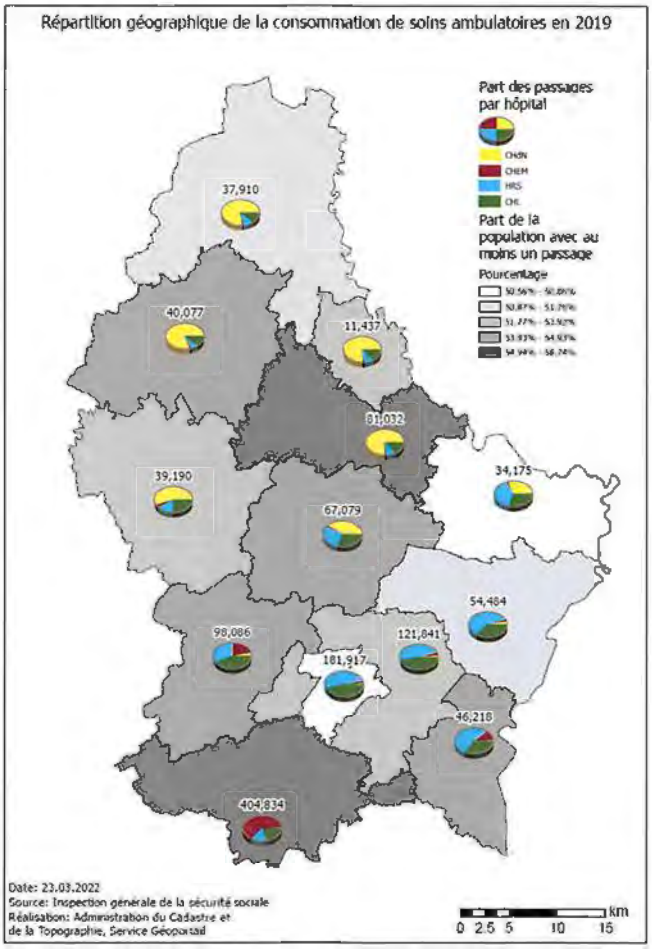
L'analyse de la population ci-dessus, ainsi que les analyses des consommations de soins qui suivent se limitent à la consommation de soins des résidents affiliés à l'assurance maladie-maternité. Or, il y a lieu de soulever que les fonctionnaires européens bénéficiant du régime RCAM réalisent aussi des passages dans les quatre centres hospitaliers analysés ; ces passages n'étant donc pas repris dans les analyses qui suivent. En 2019, 62.821 fonctionnaires européens résident au Luxembourg, dont 65,9% résident dans le canton de Luxembourg, 10,9% dans le canton de Esch-sur-Alzette et 7,5% dans le canton de Capellen.

III.2. Répartition de la consommation de soins ambulatoires selon le canton de résidence et l'hôpital de réalisation en 2019

Une part de plus que la moitié des résidents de chaque canton a obtenu au moins un passage ambulatoire en 2019 : les différents cantons présentent des taux de recours évoluant entre 50,6% et 58,7%. Les cantons présentant les taux de recours les plus élevés sont les cantons d'Esch-sur-Alzette (58,7%) et de Diekirch (58,3%). Suivent ensuite, les cantons Capellen (54,9%), Mersch (54,9%), et Wiltz (54,8%). En particulier, le canton de Luxembourg présente un taux de recours de 51,9% en 2019.

Les quatre centres hospitaliers présentent 1,2 millions de passages ambulatoires en 2019. A peu près 60,0% de l'activité ambulatoire est couverte par les HRS et le CHL qui affichent 29,5%, respectivement 29,4% de l'ensemble des passages en 2019. Le CHEM présente une part de 24,6% et le CHdN une part de 16,6%.

Concernant les passages aux HRS, la majorité soit 42,1% sont réalisés pour des résidents du canton de Luxembourg. Les résidents du canton d'Esch-sur-Alzette suivent ensuite avec une part de 19,6%. 8,6% des passages ambulatoires des HRS concernent les résidents du canton de Capellen et 8,5% concernent les résidents du canton de Grevenmacher. La part restante d'à peu près 21,0% se répartit entre les autres cantons.



Concernant les passages au CHL, 39,1% sont réalisés pour des résidents du canton de Luxembourg. Les résidents du canton d'Esch-sur-Alzette suivent ensuite avec une part de 21,4%. 11,8% des passages ambulatoires des HRS concernent les résidents du canton de Capellen et Mersch avec à chaque fois une part de 5,8%. La part restante d'à peu près 16,0% se répartit entre les autres cantons.

Concernant les passages au CHEM, 85,2% sont réalisés pour des résidents du canton d'Esch-sur-Alzette. Les résidents du canton de Capellen suivent ensuite avec une part de 7,4%. La part restante d'à peu près 7,0% se répartit entre les autres cantons.

Concernant les passages au CHdN, 30,0% sont réalisés pour des résidents du canton de Diekirch. Les résidents du canton de Wiltz (15,9%), de Clervaux (14,5%), de Mersch (13,7%) et de Rédange (10,7%) complètent le top 5 des cantons présentant les parts les plus élevées de l'activité ambulatoire du CHdN. La part restante d'à peu près 15,0% se répartit entre les autres cantons.

L'analyse montre que le CHEM se distingue des trois autres centres hospitaliers avec sa part de 85,2% des passages réalisés pour des résidents d'un seul canton, alors que pour les HRS et le CHL une part d'à peu

près 60,0% de l'activité ambulatoire réalisée en 2019 concerne des résidents de deux cantons. Enfin, au CHdN, quatre cantons représentent à peu près 75,0% de l'activité ambulatoire en 2019.

A peu près 55,0% des 1,2 millions de passages ambulatoires des quatre centres hospitaliers sont réalisés pour des résidents des cantons d'Esch-sur-Alzette (33,2%) et de Luxembourg (24,9%). Ces taux sont proches de la part des résidents de ces cantons dans la population protégée résidente de l'assurance maladie-maternité. Ceci se confirme aussi pour les cantons de Capellen et Mersch qui présentent une part de 8,1% et 5,5% de l'ensemble des passages. Or, la part de Diekirch avec 6,7% dépasse sensiblement sa part dans la population protégée résidente. Les autres cantons présentent à chaque fois moins de 5,0% de l'ensemble des passages.

III.3. Considérations

Les sous-sections précédentes font soulever que la répartition actuelle des centres hospitaliers permet d'assurer une couverture géographique de la population. Ainsi la région du nord est couverte par le CHdN et celle du sud par le CHEM. En ce qui concerne les régions ouest et est, elles sont à leur tour couvertes par le CHL et les HRS. De manière générale, la répartition des centres hospitaliers suit un axe nord-sud, alignée à l'étendue du pays, et assurant une minimisation des trajets à prendre en compte.

L'étude de la répartition des soins ambulatoires, des différents examens de diagnostic et de l'hémodialyse selon le canton de résidence et l'hôpital de réalisation permet de constater que l'activité est liée au nombre de personnes résidant dans un canton : plus la proportion de résidents d'un canton par rapport à la population protégée résidente totale est importante, plus la proportion de la consommation de ces résidents dans la consommation totale est importante.

L'analyse permet de conclure qu'aucun canton ne présente une sous- ou sur- consommation prononcée de soins : la proportion de soins consommée par canton par rapport à la consommation totale est de manière générale en ligne avec la proportion de sa population dans la population totale.

De plus, les taux de recours, c.à.d. le rapport entre le nombre de résidents d'un canton ayant bénéficié d'au moins un examen et la population dudit canton sont (1) au nord et au sud, plus élevés dans les cantons avec équipement que dans les cantons sans équipement, (2) dans les cantons avec équipement plus élevés au nord et au sud que dans le canton de Luxembourg avec équipement et (3) moins élevés à l'est du pays, (4) pour certains examens diagnostics, en lien avec la structure d'âge de la population.

Une consommation de soins à l'étranger pourrait expliquer des rapports plus faibles dans certains cantons situés à la frontière du pays, toutefois la facturation des prestations réalisées à l'étranger ne permet pas d'identifier clairement les différents examens et soins, de sorte que leur nombre considéré comme non exhaustif ne permet pas de confirmer une telle hypothèse.

Enfin, l'activité du CHEM provient pour au moins trois quarts essentiellement du canton d'Esch-sur-Alzette, alors que l'activité des HRS et du CHL provient pour à peu près 60,0% des résidents de deux cantons, du Luxembourg et d'Esch-sur-Alzette. Au CHdN, la consommation des résidents de quatre cantons représente à peu près trois quarts de l'activité : Diekirch, Clervaux, Mersch et Wiltz.

Dès lors, il faut reconnaitre que la planification a permis d'assurer une couverture nationale des besoins de soins de la santé de la population du Grand-Duché de Luxembourg, tout en reconnaissant que des disparités puissent persister sur base de la géographie du pays.

Ainsi le projet de réforme, doit par une ouverture de développement de sites hospitaliers supplémentaires relatifs aux prestations de soins ambulatoires permet davantage d'aligner l'offre des soins à la répartition de la population selon le lieu de résidence et le lieu de travail.

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Sécurité sociale

Projet de loi portant modification :

1° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;

2° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;

3° du Code de la sécurité sociale

Commentaire des articles

Article 1er

Cet article regroupe les modifications apportées à la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

Point 1° - article 4, paragraphe 1er, alinéa 4 nouveau

Face aux défis du vieillissement de la population et des risques associés futurs d'engorgement des structures de santé, de hausses des coûts globaux de santé et de pénurie de professionnels de santé, le virage ambulatoire sera à développer davantage. La prise en charge ambulatoire étant définie comme la prise en charge d'un patient sans qu'il y ait de nuitée dans un établissement hospitalier, ne doit pourtant pas être une fin en soi mais plutôt contribuer à atteindre les objectifs suivants.

- Améliorer la sécurité et la qualité pour le patient, en évitant de longs séjours hospitaliers, et en réduisant les risques d'infection nosocomiale en milieu hospitalier.
- Désengorger les structures hospitalières, et au vu de la demande croissante pour des services de santé, le virage ambulatoire aidant à désengorger les établissements hospitaliers.
- Améliorer l'accès aux soins, le virage ambulatoire intervenant à améliorer l'accès aux services de santé en délocalisant des procédures ne nécessitant pas de nuitée dans un hôpital vers des structures spécialisées dans les prises en charge ambulatoires.
- Soutenir à maitriser les coûts, le transfert de prises en charges stationnaires vers des prises en charge ambulatoires contribuant à freiner la croissance des coûts des soins de santé.
- Réduire la pénurie de personnel de santé, en diminuant de manière générale le nombre de ressources nécessitées pour les services de nuit, le virage ambulatoire peut être un élément de réponse à la pénurie de professionnels de la santé.

Il est dès lors important de focaliser les prises en charges ambulatoires dans des infrastructures dédiées afin de profiter pleinement des gains d'efficience et de confort pour le patient. En effet, les prises charges nécessitent un cadre infrastructurel et organisationnel distinct des prises en charge en milieu stationnaire.

Afin de répondre à ce point, il est prévu d'autoriser des prises en charges ambulatoires dans un cadre infrastructurel et organisationnel adapté se situant en dehors des murs des hôpitaux existants (sites supplémentaires) sous forme d'antennes de service pouvant être exploitées par un établissement

hospitalier seul ou en collaboration avec un groupe de médecins. Conformément au projet de loi autorisant les médecins à s'organiser sous forme de société, il sera également possible que les sites supplémentaires sont exploités par un établissement hospitalier en collaboration soit avec un ou plusieurs médecins soit avec une personne morale au sens de la loi autorisant la médecine sous forme sociétale.

Si le développement du virage ambulatoire dans des antennes de services des établissements hospitaliers peut ainsi contribuer à désengorger les structures hospitalières, il comporte également des risques tels que le développement de surcapacités ou le déclin de la qualité. Toute réflexion autour de la médecine ambulatoire dans des antennes de services des hôpitaux devra donc se mesurer par rapport des objectifs à partager qui sont le maintien de la qualité des soins et la sécurité du patient, l'adéquation de l'offre avec les besoins sanitaires, la transparence, la planification équitable et le contrôle des coûts.

En même temps, afin de répondre au critère d'attractivité pour les professionnels de santé, une implication du corps médical dans la gestion des antennes est à prévoir[1].

Afin de répondre à ces objectifs, l'approche retenue se situe dans le cadre d'une planification. Ainsi il est prévu de maintenir les infrastructures « lourdes » sous la gestion des hôpitaux[2] et de planifier ces infrastructures sur base de prospections sanitaires. L'application concrète de cette approche prévoit d'autoriser les hôpitaux à créer des sites supplémentaires sous forme d'antennes de services. La carte sanitaire établira une projection des besoins futurs de ces infrastructures. En termes de financement une approche forfaitaire serait à privilégier[3] à terme et l'implication des médecins dans la gestion de ces antennes sera à régler au niveau des contrats de collaboration. Concrètement, il s'agit de modalités de financement plus flexibles ne se limitant pas à un investissement propre mais permettant également la location et le leasing.

Point 2° - article 8, paragraphe 1 er, point 3

Les modifications ont pour objet d'assurer que des nouvelles constructions relatives à des sites dédiés seront financées selon les procédures et prises en charge en place pour les sites existants.

Point 3° - article 9, paragraphe 6

La réforme prévoit de ne pas limiter les sites dédiés en termes de nombre, mais plutôt en termes d'antennes de service à autoriser. En effet, du fait d'une offre de soins nécessitant des ressources différentes, et en vue d'une délocalisation de cette offre, une telle limitation sur base d'un nombre absolu de sites supplémentaires ne pourrait satisfaire les besoins d'une planification. Par contre, et en ligne avec le leitmotif de la réforme du système de santé de 2010, le « pas tout partout » il s'agit de limiter en nombre les antennes de services au maximum de deux en vue d'assurer et de maintenir une gestion et une coordination des unités de soins par le gestionnaire.

[1] Voir point 5 ci-dessous
[2] Voir point 4 ci-dessous
[3] Voir sous 2, point 1 ci-dessous

Aussi l'approche retenue est de limiter une délocalisation de l'offre des soins de santé ambulatoires à des services hospitaliers présentant des prestations de soins éligibles de par la nature à une certaine délocalisation tout en assurant un lien fonctionnel et organisationnel direct avec les services hospitaliers correspondants aux domaines d'activité médicale couverts, ainsi qu'avec les plateaux médicotechniques associés dans cette prise en charge. Les antennes de service devront disposer de procédures écrites concernant la sécurité, la qualité, la continuité des soins et le suivi de la prise en charge des patients qui y sont admis.

Point 4° - article 14

Au Luxembourg, depuis 1976 et sur base de la loi portant planification et organisation hospitalière, la volonté du législateur est celle de réglementer le marché des équipements lourds et coûteux du domaine de la santé dans un but de protection sociale. La sanction d'inconstitutionnalité, dans le cadre précis de l'exercice d'une profession libérale, d'une disposition identifiée comme simple corollaire sécurisant, ne permet pas de remettre en cause cette volonté.

L'analyse de la disposition sanctionnée par l'arrêt du 5 juillet 2019 a montré que la réglementation des appareils lourds et coûteux constitue un outil de planification important aux mains de l'État, à savoir le pouvoir législatif, lui permettant d'assurer, aux moyens de fonds publics, la protection de la santé de la population et de garantir l'accès égalitaire aux soins de santé utiles et nécessaires.

Ainsi, et sur base d'une planification, l'ensemble des équipements et appareils médicaux à réserver au milieu hospitalier, qui soit en raison de leur coût, soit en raison du personnel hautement qualifié que leur utilisation requiert, ou encore soit exigeant des conditions d'emploi particulières, sont dès à présent fixés par la loi[4].

De même, en ce qui concerne des équipements spécifiques ne pouvant être déployés, sur base des critères cités ci-avant, sur l'ensemble des établissements hospitaliers, un nombre maximum est à fixer par la loi, en assurant d'un côté l'offre de service par le système de santé, sans pour autant prévoir un déploiement sur l'ensemble des établissements.

En ligne avec les discussions parlementaires menées dans le contexte du projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière de 2018[5], à côté des équipements et appareils médicaux nécessitant une planification nationale, vont être soumis à l'autorisation du ministre de façon générale tous les équipements et appareils médicaux dépassant un certain coût.

Il convient de préciser que cette disposition ne vise pas l'acquisition d'équipements et appareils médicaux dépassant le montant de 250 000 euros qui ne sont pas utilisés en vue d'une prise en charge médicale ni les laboratoires d'analyses.

[4] Voir point 8 ci-dessous
[5] Projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, documents parlementaires 7056, Chambre des députés, 2018

Point 5° - article 15

La disposition sous rubrique a pour objet de préciser que l'Etat participe à hauteur de 80 % des coûts générés par les équipements et appareils dont question à l'article 14, paragraphe 1er et qui sont soumis à planification nationale.

Point 6° - article 20*bis* nouveau

La présente disposition a pour objet d'assurer la participation financière de l'Etat à hauteur de 80 % des coûts générés par les équipements et appareils nécessitant une planification nationale situés sur des sites hospitaliers supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires et les frais immobiliers de ces sites, à condition que l'investissement mobilier ou immobilier n'est pas subventionné par l'Etat, à hauteur de 80 pour cent, soit par le Fonds pour le financement des infrastructures hospitalières, soit par le budget de l'Etat en ce qui concerne les équipements et appareils nécessitant une planification nationale.

A ce sujet des forfaits sont à établir selon les dispositions du Code de la sécurité sociale, à savoir l'article 74, alinéa 6, l'article 76, alinéa 1er, 5ème tiret et l'article 78, alinéa 3. Ces forfaits qui sont pris en charge par la Caisse nationale de santé devront nécessairement tenir compte de manière explicite, le cas échéant, des frais de location des infrastructures mobilières et immobilières des établissements hospitaliers, afin de permettre à la Caisse nationale de santé d'établir un décompte annuel y relatif et dont 80 % des coûts seront dans la suite à prendre en charge par le budget de l'Etat.

Point 7° - article 33, paragraphe 7, alinéa 4

Dans le contexte des sites dédiés une l'implication des médecins dans la gestion de ces antennes sera à régler au niveau des contrats de collaboration, c'est-à-dire que chaque médecin doit être agréé à un établissement hospitalier. A ce sujet une gestion organisationnelle participative faisant référence à une forme ouverte de gestion est envisagée, avec des médecins participant activement au processus décisionnel de l'organisation. Ce concept innovateur met en avance l'importance d'une relation forte entre tous les acteurs impliqués en tant que facilitateurs qui traitent directement avec les patients et satisfont leurs besoins.

Point 8° - article 45

La disposition sous rubrique, à l'instar de l'article 45, paragraphe 2, introduit une amende de 5.000 à 100.000 euros au cas où une personne physique ou morale utilise, exploite ou met à la disposition, soit un appareil ou équipement visés à l'article 14, soit une unité fonctionnelle d'hospitalisation ou médico-technique prenant en charge des patients, sans pouvoir se prévaloir d'une autorisation d'exploitation visée à article 7.

Par analogie avec l'article 14, il convient de préciser que cette disposition ne vise pas l'acquisition d'équipements et appareils médicaux dépassant le montant de 250 000 euros qui ne sont pas utilisés en vue d'une prise en charge médicale ni les laboratoires d'analyses.

Point 9° - Annexe 2

La disposition a pour objet de ne pas prévoir une présence sur le même site des services en liens fonctionnels étroits (service de médecine interne, service d'imagerie médicale et service de soins intensifs) avec le service de dialyse.

Point 10° - Annexe 3

La présente disposition définit les équipements et appareils médicaux nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières réservés aux établissements hospitaliers. Ainsi le tableau actuel reprenant les équipements et appareils médicaux nécessitant une planification nationale et réservés aux établissements hospitaliers est complété par les équipements et appareils médicaux nécessitant du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières.

Sur base du constat du recours à du personnel hautement qualifié, associé à l'exigence d'une prise en charge adéquate en cas de complication, par de nouvelles des structures nécessitant du personnel hautement qualifié et à une pénurie de ressources humaines, les critères justificatifs d'une limitation au milieu hospitalier des appareils et équipement médiaux repris dans le tableau sont données dans ce qui suit.

1) *Tomographe à résonance magnétique nucléaire* : En sus du coût de l'équipement, la complexité des mesures de sécurité nécessaires en raison de l'utilisation des champs magnétiques et électromagnétiques (architecturales, techniques, en lien avec la protection des patients, du public et des professionnels), l'utilisation des produits de contraste et une prise en charge du patient en réanimation en cas d'allergie aux produits de contraste, la nécessité du déploiement d'un système d'assurance qualité tel que prévu par le règlement grand-ducal du 12 juin 2004 fixant les normes pour un service d'imagerie médicale travaillant avec un tomographe à résonance magnétique nucléaire et la présence obligatoire de cet équipement au sein des services hospitaliers d'imagerie médicale en application de la définition des services d'imagerie médicale de l'annexe 2 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière sont à l'origine d'une réservation de cet équipement au milieu hospitalier.

2) *Equipement d'imagerie médicale fonctionnant sur le principe de la tomodensitométrie à rayons X ou sur le principe de la tomosynthèse à rayons X, à l'exception d'un équipement de type tomographe volumique à faisceau conique (CBCT) à emplacement fixe utilisé à des fins de radiodiagnostic dans le domaine de la radiologie dentoire* : En sus du coût de l'équipement, des contraintes architecturales nécessaires pour son installation, l'application de la procédure de justification des examens pour minimiser l'exposition aux rayonnements ionisants, en application de la définition des services d'imagerie médicale, annexe 2 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière et du règlement grand-ducal du 1er août 2019 relatif à la radioprotection, et la prise en charge du patient en réanimation en cas d'allergie aux produits de contraste sont mis en compte dans le contexte d'une

affectation de cet équipement seul au milieu hospitalier. Outre le côut réduit de cet équipement, concernant la possibilité d'acquisition et d'utilisation du tomographe volumique à faisceau conique (CBCT) dans les cabinets dentaires, celle-ci se justifie par la nécessité de continuité des soins en médecine dentaire pour le domaine de l'implantologie dans lequel le CBCT est indiqué. L'autorisation du CBCT dans les cabinets dentaires facilite ainsi la prise en charge des patients évitant la multiplication des rendez-vous et des déplacements pour le patient.

3) *Equipements de radiologie permettant de pratiquer des artériographies et/ou des angiographies digitalisées et/au des cathétérismes vasculaires* : La fréquence d'occurrence et la gravité potentielle des complications liées à la pratique de ces examens (hémorragie, embolie, réaction allergique grave aux produits de contraste) imposent leur réalisation au sein d'un établissement hospitalier disposant sur le même site de services permettant la surveillance et la prise en charge des patients. En plus du coût de l'équipement, la présence obligatoire de cet équipement au sein des services hospitaliers d'imagerie médicale et l'exposition aux rayonnements ionisants sont en faveur d'un usage réservé aux établissements hospitaliers.

4) *Equipement de diagnostic et de surveillance thérapeutique utilisant l'émission de radioéléments artificiels : caméra à scintillation, tomographe à émissions, caméra à positrons* : Equipements nécessitant des dispositions spécifiques notamment des contrôles qualité en raison de l'utilisation de radioéléments ouverts ou non scellés avec risque de contamination radioactive (risque pour la population, les travailleurs exposés et les patients), conditions qui exigent dès lors que ces équipements réservés aux établissements hospitaliers autorisés.

5) *Lasers à utilisation endovasculaire et lasers urologiques* : Du fait de l'existence de complications potentielles graves, l'utilisation de ces techniques et équipement nécessite la surveillance médicale des patients en secteur hospitalier après leur prise en charge et dès lors cet équipement est à réserver aux établissements hospitaliers.

6) *Equipement d'épuration extra-rénale par hémodialyse* : La prise en charge des patients dialysés est sous la responsabilité d'un service hospitalier de dialyse au sens de l'annexe 2 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers.

7) *Equipement permettant la réalisation de circulation sanguine extracorporelle* : Equipement dont l'utilisation est indiquée dans le cadre d'interventions chirurgicales lourdes sur le système cardio-vasculaire, et qui implique une surveillance intensive en milieu hospitalier en lien avec les risques encourus pour la santé des patients.

8) *Tout équipement supplémentaire à l'appareil EEG et qui est nécessaire pour le monitoring ambulatoire EEG respectivement pour la polysomnographie incluant l'EEG* : Equipement utilisé dans le cadre de démarche diagnostique nécessitant des avis pouvant relever de plusieurs spécialités médicales pour une prise en charge optimale du patient. Cette possibilité est uniquement présente au sein des établissements hospitaliers.

9) *Appareil ou équipement nécessaire à l'anesthésie générale* : Equipement dont l'utilisation implique une prise en charge des patients pour surveillance en milieu hospitalier en raison des risques potentiels de complication encourus.

10) *Equipement nécessaire à la robotique chirurgicale de chirurgie assistée par ordinateur* : Les disciplines qui en bénéficient à ce jour sont la chirurgie générale et digestive, la chirurgie vasculaire et thoracique, l'urologie et la chirurgie gynécologique avec comme ambition d'étendre encore les domaines d'application de cette nouvelle chirurgie assistée par robotique afin d'en faire bénéficier le plus de patients possible. Equipement dont l'utilisation implique une prise en charge des patients pour surveillance en milieu hospitalier en raison des risques potentiels de complication encourus.

11) *Equipement de mammographie* : L'équipement mammographique doit être utilisé par des personnes qualifiées seulement qui ont reçu la formation adéquate relativement à l'équipement et aux procédures. Spécifiquement dans le cadre des programmes de dépistage du cancer du sein, les femmes asymptomatiques subissent des examens mammographiques afin que l'on puisse détecter les tumeurs cancéreuses de façon précoce et réduire les décès par le cancer du sein. Dans ces programmes, il est important de réduire au minimum l'exposition au rayonnement des participantes, tout en s'assurant d'avoir des images de qualité diagnostique optimale. Par conséquent, un programme de dépistage du cancer du sein ne doit être établi que si les doses glandulaires moyennes se situent dans les limites acceptées et qu'un programme d'assurance de la qualité est mis en œuvre. Il incombe au technologue de maintenir l'exposition de la patiente ou du participant à la mammographie de dépistage au niveau le plus faible possible. De manière générale la mammographie doit être réalisée uniquement avec de l'équipement spécialement conçu pour la mammographie.

Article 2

L'article 19 de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire est à abroger sur base des dispositions législatives nouvelles des articles 14 et 45 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière. Par conséquent, il fallait également adapter les références à l'article 42 de la même loi.

Article 3

Cet article regroupe les modifications apportées au Code de la sécurité sociale.

Point 1° - article 65, alinéa 4

Si les prises en charges ambulatoires qui impliquent des équipements lourds seront concentrées davantage sur des sites dédiés, il est également prévu de clarifier, voir lever les restrictions actuelles, l'installations de certains appareils et équipements médicaux qui ne sont pas considérés comme « lourds » dans les cabinets de ville. Certaines installations qui ne sont donc ni coûteux, qui ne nécessitent pas de personnel hautement spécialisé et qui n'exigent pas de conditions d'emploi particulières pourront donc être installés dans des cabinets de villes sans être soumises à une planification. Ainsi, il sera possible de

renforcer le rôle des hôpitaux dans la prise en charge de cas complexes et nécessitant des compétences avancées tout en promouvant les soins primaires.

Ainsi cette disposition, tout en précisant le cadre légal fixé dans le contexte de loi hospitalière, permet dorénavant des forfaits établis pour des groupes d'actes présentant des caractéristiques communes du point de vue de la discipline médicale, du diagnostic, de la thérapeutique et des ressources utilisées. A ce sujet seront à considérer les investissements y relatifs et les frais d'exploitation de ces appareils et équipements médicaux. Aussi il sera à assurer que l'établissement de tels forfaits par passage se base sur une exploitation efficiente sur base d'une utilisation à plein régime et tout en respectant le principe de l'utile et nécessaire et du « pas tout partout ».

Cette disposition est à considérer en relation avec l'article 76, alinéa 1er, 5ème tiret du Code de la sécurité sociale.

Or suite, et notamment à l'introduction de la documentation hospitalière par la loi hospitalière en 2018, l'analyse de l'exhaustivité et l'intégration des données de la documentation hospitalière dans les bases de données sur les prises en charge au Luxembourg ont prouvé la fiabilité des diagnostics principaux collectés dans le cadre de la documentation hospitalière et ont permis de valider leur utilisation future. Ainsi les dispositions du Code de la sécurité sociale, à savoir l'article 74, alinéa 6, l'article 76, alinéa 1er, 5ème tiret et l'article 78, alinéa 3 admettent que l'approche forfaitaire s'applique notamment pour les prestations de soins de santé ambulatoires dans le cadre des sites dédiés. A l'instar des forfaits en milieu extrahospitalier, il sera à assurer que leur détermination se base sur une utilisation à plein régime, tout en respectant le principe de l'utile et nécessaire et du « pas tout partout ».

Au sujet de l'élaboration des forfaits, aussi bien au niveau des prestations hospitalières que extrahospitalières, la Cellule d'expertise médicale, introduite par la du système de soins de santé en 212, pourra fournir des expertises à la demande des ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale ou la Santé ou de la Caisse nationale de santé « *concernant le résultat attendu d'un acte ou d'une source, en fonction de son intérêt diagnostique ou thérapeutique, de son impact sur la santé de la population et de son impact financier* ».

Article 4

Il est prévu que le dispositif du projet de loi entre en vigueur le lendemain de sa publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Sécurité sociale

Projet de loi portant modification :

1° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;

2° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;

3° du Code de la sécurité sociale

Texte du projet de loi

Art. 1er. La loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière est modifiée comme suit :

1° L'article 4 de la même loi est modifié comme suit :

a) À la suite du paragraphe 1er, alinéa 3, il est inséré un nouvel alinéa 4 libellé comme suit :

« Par dérogation à l'alinéa précédent, chaque centre hospitalier peut disposer de sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires dans le cadre des services visés aux points 3, 7 et 8 du paragraphe 2 et au point 5 du paragraphe 3 et dans les limites visées à l'article 9, paragraphe 6. Les sites supplémentaires sont exploités par un établissement hospitalier seul ou en collaboration avec un ou plusieurs médecins autorisés d'exercer la médecine en vertu de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire. »

b) L'alinéa 4 devient le nouvel alinéa 5.

2° L'article 8, paragraphe 1er, point 3, de la même loi, est modifié comme suit :

a) Les termes « de construction nouvelle ou » sont insérés entre le termes « des projets » et « de réaménagement » ;

b) Le terme « favoriser » est remplacé par le terme « développer » ;

c) Les termes « dans un service d'hospitalisation de jour tel que défini à l'annexe 2 » sont supprimés.

3° À l'article 9, paragraphe 6, de la même loi, il est ajouté *in fine* une nouvelle phrase libellée comme suit :

« Conformément à l'article 4, paragraphe 1er, alinéa 4, chaque centre hospitalier peut disposer au maximum de deux antennes de service relevant d'un même service hospitalier en tant que site supplémentaire dédié aux soins de santé ambulatoires. »

4° À l'article 14, paragraphe 1er, de la même loi, sont apportées les modifications suivantes :

a) Les termes « médicaux ainsi que leur nombre » sont remplacés par les termes « utilisés en vue d'une prise en charge médicale » ;

b) Les termes « dépassant 250.000 euros HTVA valeur à neuf, » sont insérés entre les termes « leur coût » et « soit en raison » ;

c) Les termes « sont considérés comme équipements et appareils nécessitant une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières sont déterminés à l'annexe 3 » sont remplacés par les termes « , soit exigeant des conditions d'emploi particulières, sont réservés aux établissements hospitaliers sur leurs sites visés à l'article 4 » ;

d) Sont ajoutées *in fine* les deux nouvelles phrases suivantes : « Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale nécessitant une planification nationale sont limités par un nombre maximum. Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières sont déterminés à l'annexe 3. » ;

e) À la suite de l'alinéa 1er, il est inséré un nouvel alinéa 2 libellé comme suit :

« Ne sont pas visés par l'alinéa 1er, les laboratoires d'analyses médicales au sens de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales. ».

5° À l'article 15, point 1, de la même loi, à la suite de la référence « article 14, paragraphe 1er », sont insérés les termes « et soumis à planification nationale ».

6° À la suite de l'article 20, il est inséré un nouvel article 20*bis* libellé comme suit :

« Art. 20*bis*. L'État participe à raison de 80 pour cent aux frais de location des infrastructures mobilières et immobilières qui ont trait aux équipements, appareils ou projets visés à l'article 4, paragraphe 1er, alinéa 4 et à l'article 15, à condition qu'ils sont autorisés par le ministre et qu'une subvention en vertu de l'article 17 n'est pas demandée. La participation financière de l'Etat est à charge du budget de l'État sur base d'un décompte annuel de la Caisse nationale de santé à établir sur les montants payés aux établissements hospitaliers sur base de l'article 78, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale. ».

7° L'article 33, paragraphe 7 de la même est modifié comme suit :

a) À l'alinéa 1er, les termes « et ceux exerçant sur un site supplémentaire au sens de l'article 4, paragraphe 1er, alinéa 4, » sont insérés entre les termes « établissement hospitalier » et les termes « y exercent sur base » ;

b) À l'alinéa 4 sont apportées les modifications suivantes :

i) À la phrase liminaire, les termes « ou exerçant sur un site supplémentaire au sens de l'article 4, paragraphe 1er, alinéa 4, » sont insérés entre les termes « y agréés » et le terme « comprend » ;
ii) Le point 1 est complété par les termes « ou sur les sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires visés à l'article 4, paragraphe 1er ;
iii) Au point 8, le signe « . » est remplacé par le signe « ; » ;

iv) À la suite du point 8, il est inséré un nouveau point 9 libellé comme suit : « 9. les modalités de la gestion organisationnelle et du pouvoir décisionnel des médecins sur les sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires visés à l'article 4, paragraphe 1er. ».

8° À l'article 45 de la même loi sont apportées les modifications suivantes :

a) Au paragraphe 2, il est inséré *in fine* une phrase nouvelle libellée comme suit :
« En outre l'utilisation des équipements et appareils médicaux installés en violation de l'annexe 3 peut être interdite. » ;

b) À la suite du paragraphe 3, il est inséré un nouveau paragraphe 4 libellé comme suit :

« (4) Est puni d'une amende de 5.000 à 100.000 euros, la personne physique ou morale qui utilise, exploite ou met à la disposition en vue d'une prise en charge médicale soit un appareil ou équipement visés à l'article 14, paragraphe 1er soit une unité fonctionnelle d'hospitalisation ou médico-technique prenant en charge des patients aux termes de la présente loi sans pouvoir se prévaloir d'une autorisation d'exploitation visée à article 7, paragraphe 4.

Ne sont pas visés par l'alinéa 1er, les laboratoires d'analyses médicales au sens de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales. ».

9° A l'annexe 2, point D, dans la définition du service de Dialyse, à l'alinéa 1er, les termes « situés sur le même site » sont supprimés.

10° L'annexe 3 de la même loi est modifiée comme suit :

a) L'intitulé prend la teneur suivante :

« Annexe 3 – Tableau des équipements et appareils médicaux nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières » ;

b) Le tableau est complété comme suit :

«

Tomographie à résonnance magnétique nucléaire	

Equipement d'imagerie médicale fonctionnant sur le principe de la tomodensitométrie à rayons X ou sur le principe de la tomosynthèse à rayons X, à l'exception d'un équipement de type tomographe volumique à faisceau conique (CBCT) à emplacement fixe utilisé à des fins de radiodiagnostic dans le domaine de la radiologie dentaire	
Equipement de radiologie permettant de pratiquer des artériographies et/ou des angiographies digitalisées et/ou des cathétérismes vasculaires.	
Equipement de diagnostic utilisant l'émission de radioéléments artificiels: caméra à scintillation, tomographe à émissions, caméra à positrons	
Laser à utilisation endovasculaire et les lasers urologiques	
Appareils ou équipements d'épuration extra-rénale par hémodialyse	
Equipement permettant la réalisation de circulation sanguine extracorporelle	
Tout équipement supplémentaire à l'appareil d'EEG et qui est nécessaire pour le monitoring ambulatoire EEG respectivement pour la polysomnographie	
Appareil ou équipement nécessaire à l'anesthésie générale	
Equipement nécessaire à la robotique chirurgicale de chirurgie assistée par ordinateur	
Equipement de mammographie	

».

Art. 2. La loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire est modifiée comme suit :

1° L'article 19 de la même loi est abrogé ;

2° À l'article 42 de la même loi sont apportées les modifications suivantes :

a) Au paragraphe 1er, le chiffre « 19 » est supprimé ;

b) Au paragraphe 2, la deuxième phrase est supprimée.

Art. 3. L'article 65, alinéa 4, du Code de la sécurité sociale, est modifié comme suit :

1° Les termes « médical non visé à l'article 14, paragraphe 1er de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière » sont insérés à la suite du terme « appareil » ;

2° L'alinéa est complété par la phrase « Ces forfaits sont établis pour des groupes d'actes présentant des caractéristiques communes du point de vue de la discipline médicale, du diagnostic, de la thérapeutique et des ressources utilisées. ».

Art. 4. La présente loi entre en vigueur le lendemain de sa publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

Mandons et ordonnons que la présente loi soit insérée au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg pour être exécutée et observée par tous ceux que la chose concerne.

1. **Loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière**

   Texte coordonné des articles 4, 8, 9, 14, 15, *20bis*, *33*, 45, Annexe 2 et 3 tels que modifiés

(...)

Art. 4. (1) La gestion d'un hôpital ainsi que son exploitation sont assurées par un même organisme gestionnaire.

Un centre hospitalier peut être exploité sur un ou plusieurs sites.

Quatre centres hospitaliers peuvent être autorisés au maximum par le ministre. Chaque centre hospitalier dispose au maximum de trois sites hospitaliers et participe au service d'urgence sur un seul de ses sites.

Par dérogation à l'alinéa précédent, chaque centre hospitalier peut disposer de sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires dans le cadre des services visés aux points 3, 7 et 8 du paragraphe 2 et au point 5 du paragraphe 3 et dans les limites visées à l'article 9, paragraphe 6. Les sites supplémentaires sont exploités par un établissement hospitalier seul ou en collaboration avec un ou plusieurs médecins autorisés d'exercer la médecine en vertu de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire.

Un centre hospitalier doit disposer de 300 lits aigus au moins et peut être autorisé à exploiter 700 lits aigus au maximum. Il exploite des lits aigus sur au maximum deux sites hospitaliers. Pour chaque centre hospitalier, le nombre exact de lits est arrêté dans l'autorisation d'exploitation.

(...)

Art. 8. (1) Sur base de l'évaluation des besoins de santé sanitaires et dans la limite des besoins en lits et services hospitaliers autorisables en vertu de la présente loi, seuls peuvent être autorisés:

1. des projets de modernisation, d'extension ou de mise en conformité avec des normes de sécurité ou d'hygiène de structures hospitalières existantes ;

2. des projets de construction nouvelle en remplacement de structures existantes ou résultant de synergies ou de coopérations entre plusieurs établissements hospitaliers existants entraînant une désaffectation des structures hospitalières remplacées ou leur réaffectation à une destination hospitalière dûment autorisée ;

3. des projets **de construction nouvelle ou** de réaménagement ou de transformation de structures existantes visant à ~~favoriser~~ **développer** la prise en charge ambulatoire ~~**dans un service d'hospitalisation de jour tel que défini à l'annexe 2**~~.

(...)

Art. 9. (...)

(6) Chaque établissement hospitalier ne peut disposer que d'un seul service hospitalier de la même nature et sur un site unique. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'un établissement multi-sites, un service hospitalier autorisé peut comprendre une unité de soins située sur un autre site hospitalier du même établissement hospitalier. Dans ce cas, l'unité est considérée comme une « antenne de service ». **Conformément à l'article 4, paragraphe 1er, alinéa 4, chaque centre hospitalier peut disposer au maximum de deux antennes de service relevant d'un même service hospitalier en tant que site supplémentaire dédié aux soins de santé ambulatoires.**

(...)

Art. 14. (1) Les équipements et appareils **utilisés en vue d'une prise en charge médicale** ~~**médicaux ainsi que leur nombre**~~, qui soit en raison de leur coût **dépassant 250.000 euros HTVA valeur à neuf**, soit en raison du personnel hautement qualifié que leur utilisation requiert**, soit exigeant des conditions d'emploi particulières, sont réservés aux établissements hospitaliers sur leurs sites visés à l'article 4** ~~**sont considérés comme équipements et appareils nécessitant une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières sont déterminés à l'annexe 3**~~. **Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale nécessitant une planification nationale sont limités par un nombre maximum. Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières sont déterminés à l'annexe 3.**

Ne sont pas visés par l'alinéa 1er, les laboratoires d'analyses médicales au sens de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales.

(...)

(5) Un règlement grand-ducal peut déterminer les conditions d'accès et d'utilisation des appareils et équipements médicaux mentionnés au paragraphe 1er par des usagers extérieurs à l'établissement propriétaire, le Collège médical et la Commission permanente pour le secteur hospitalier demandés en leurs avis.

(...)

Art. 15. L'État participe à raison de 80 pour cent aux frais des investissements mobiliers et immobiliers des établissements hospitaliers autorisés par le ministre conformément à l'article 17, la Commission permanente pour le secteur hospitalier demandée en son avis et qui ont trait :

1. aux équipements et appareils dont question à l'article 14, paragraphe 1er **et soumis à planification nationale** ;

2. aux projets visés aux points 1. à 3. de l'article 8 :

a) lorsqu'un tel projet concerne un centre hospitalier et dépasse un montant de 500.000 euros hors TVA ;

b) lorsqu'un tel projet concerne un établissement hospitalier spécialisé mentionné à l'article 5 ou un autre établissement hospitalier mentionné à l'article 6 et dépasse un montant de 250.000 euros hors TVA.

Art. 20*bis*. L'État participe à raison de 80 pour cent aux frais de location des infrastructures mobilières et immobilières qui ont trait aux équipements, appareils ou projets visés à l'article 4, paragraphe 1er, alinéa 4 et à l'article 15, à condition qu'ils sont autorisés par le ministre et qu'une subvention en vertu de l'article 17 n'est pas demandée. La participation financière de l'Etat est à charge du budget de l'État sur base d'un décompte annuel de la Caisse nationale de santé à établir sur les montants payés aux établissements hospitaliers sur base de l'article 78, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale.

Art. 33. (7) Les médecins libéraux agréés à un établissement hospitalier **et ceux exerçant sur un site supplémentaire au sens de l'article 4, paragraphe 1er, alinéa 4,** y exercent sur base d'un contrat de collaboration. Ce contrat doit correspondre à un contrat-type, dont le contenu minimal est arrêté d'un commun accord entre l'association la plus représentative des médecins et les groupements des hôpitaux prévus à l'article 62 du Code de la sécurité sociale.

A défaut d'accord endéans les 12 mois, le ministre peut en arrêter le contenu.

Le modèle de contrat-type de collaboration une fois arrêté fait, à l'initiative du ministre, l'objet d'une publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

Le contenu essentiel du contrat-type de collaboration entre un établissement hospitalier et les médecins libéraux y agréés **ou exerçant sur un site supplémentaire au sens de l'article 4, paragraphe 1er, alinéa 4,** comprend:

1. son objet et les activités médicales que le médecin exerce dans l'établissement hospitalier **ou sur les sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires visés à l'article 4, paragraphe 1er** ;

2. le respect des objectifs de qualité et de sécurité arrêtés par l'établissement hospitalier conformément au règlement général de l'établissement et aux considérations du Comité de gestion interhospitalière ;

3. la durée du contrat et ses règles de prorogation ;

5. les modalités de gestion des absences des médecins ;

6. l'obligation pour le médecin de souscrire une assurance responsabilité civile ;

7. les modalités de résolution extra-judiciaire des conflits entre les établissements hospitaliers et les médecins ;

8. les modalités d'application pratiques des droits et obligations prévus aux paragraphes 1er à 6 du présent article et les conséquences sur le contrat de collaboration en cas de non-respect par l'une des parties contractantes de ces prescriptions et ce dans le respect des procédures applicables à l'article 32-1 ;

9. les modalités de la gestion organisationnelle et du pouvoir décisionnel des médecins sur les sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires visés à l'article 4, paragraphe 1er.

(...)

Art 45.

(1) Les personnes qui ont obtenu une subvention prévue par la présente loi sur la base de renseignements sciemment inexacts ou incomplets sont passibles des peines prévues à l'article 496 du Code pénal, sans préjudice de la restitution de la subvention.

(2) Est punie d'une amende de 5.000 à 100.000 euros, la personne physique ou morale qui contreviendra au dernier paragraphe de l'article 1er. **En outre l'utilisation des équipements et appareils médicaux installés en violation de l'annexe 3 peut être interdite.**

(3) Sont punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de 251 à 5.000 euros ou d'une de ces peines seulement : 1. toute personne qui, responsable d'organiser le service d'urgences d'un hôpital ou chargée de participer à cette organisation, refuse ou omet de prendre ou faire prendre tout ou partie des mesures ou dispositions nécessaires pour assurer le fonctionnement normal de ces services ; 2. toute personne qui, tenue ou chargée de participer au service d'urgences d'un hôpital ou d'un service de garde, refuse ou omet d'assurer ce service ou de remplir sans retard tout ou partie des devoirs que l'exécution normale exige. En cas de récidive dans le délai de deux ans après une condamnation définitive à une peine d'emprisonnement du chef d'une infraction au présent article, les peines prévues peuvent être portées au double du maximum.

(4) Est puni d'une amende de 5.000 à 100.000 euros, la personne physique ou morale qui utilise, exploite ou met à la disposition en vue d'une prise en charge médicale soit un appareil ou équipement visés à l'article 14, paragraphe 1er soit une unité fonctionnelle d'hospitalisation ou médico-technique prenant en charge des patients aux termes de la présente loi sans pouvoir se prévaloir d'une autorisation d'exploitation visée à article 7, paragraphe 4.

Ne sont pas visés par l'alinéa 1er, les laboratoires d'analyses médicales au sens de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales.

(...)

Annexe 2 - Définitions des services hospitaliers

(...)

D. Services hospitaliers prenant en charge des patients mais ne disposant pas de lit hospitalier

Dialyse 4 services # lits min/service : 0 # lits max nationaux : 0	Un service de soins ambulatoires dispensant la pratique de l'épuration extra-rénale aux patients âgés de plus de 8 ans atteints d'insuffisance rénale, par hémodialyse périodique. Le service se situe au sein d'un établissement hospitalier et dispose de liens fonctionnels étroits avec un service de médecine interne, un service d'imagerie médicale et un service de soins intensifs ~~situés sur le même site~~. Le centre hospitalier disposant d'un service de dialyse établit une convention avec le service de néphrologie, précisant les critères et les modalités de transfert des patients.

	(...)

(...)

Annexe 3 - ~~Tableau des équipements et appareils soumis à planification ou exigeant des conditions d'emploi particulières et de leur nombre maximum pouvant être autorisé~~ Tableau des équipements et appareils médicaux nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières

Type d'appareil ou équipement	Nombre maximum
Equipement de coronarographie par cathétérisme	2
Ensemble de dispositifs de radiothérapie	1
Tomographe à émission de positrons	1
Caisson d'oxygénothérapie hyperbare	1
Equipement de lithotritie extracorporelle	1
Prone-table	1
Equipements de neurochirurgie pour stéréotaxie neurologique et endoscopie intra ventriculaire	1
Equipements servant à la fécondation in-vitro	1
Equipement propre à la réalisation d'aphérèses de cellules souches hématopoiétiques	1
Equipement pour mesure de la densité osseuse selon le procédé DXA	1
Tomographie à résonnance magnétique nucléaire	
Equipement d'imagerie médicale fonctionnant sur le principe de la tomodensitométrie à rayons X ou sur le principe de la tomosynthèse à rayons X, à l'exception d'un équipement de type tomographe volumique à faisceau conique (CBCT) à emplacement fixe utilisé à des fins de radiodiagnostic dans le domaine de la radiologie dentaire	
Equipement de radiologie permettant de pratiquer des artériographies et/ou des angiographies digitalisées et/ou des cathétérismes vasculaires.	

Equipement de diagnostic utilisant l'émission de radioéléments artificiels: caméra à scintillation, tomographe à émissions, caméra à positrons	
Laser à utilisation endovasculaire et les lasers urologiques	
Appareils ou équipements d'épuration extra-rénale par hémodialyse	
Equipement permettant la réalisation de circulation sanguine extracorporelle	
Tout équipement supplémentaire à l'appareil d'EEG et qui est nécessaire pour le monitoring ambulatoire EEG respectivement pour la polysomnographie	
Appareil ou équipement nécessaire à l'anesthésie générale	
Equipement nécessaire à la robotique chirurgicale de chirurgie assistée par ordinateur	
Equipement de mammographie	

2. **Loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire**

Texte coordonné des articles 19 et 42 tels que modifié

~~**Art. 19. Un règlement grand-ducal pris sur avis du Conseil d'Etat fixe une liste des équipements et appareils qui ne peuvent être détenus ou utilisés par les médecins et médecins-dentistes pour les besoins de leur cabinet médical, ainsi qu'une liste des équipements et appareils qui peuvent seulement être détenus ou utilisés par les médecins spécialistes pour les besoins de leurs spécialités.**~~

Art. 42. (1) Les infractions aux dispositions des articles 6 (3), 13 (3), ~~**19,**~~ 27 (2), 28, 29 **et** 32*ter* et des règlements d'exécution à prendre en vertu de ces articles sont punies d'une amende de 251 à 50.000 euros.

(2) Le maximum de l'amende sera porté au double si le condamné commet le même fait avant l'expiration d'un délai de deux ans à compter du jour où une première condamnation est devenue définitive. ~~**En outre l'utilisation des équipements et appareillages installés en violation du règlement grand-ducal prévu par l'article 19 peut être interdite.**~~

(3) Les infractions aux dispositions des articles 6 (3), 13 (3) et 27 (2) et des règlements d'exécution à prendre en vertu de ces articles sont punies d'une amende de 251 à 25.000 euros.»

3. **Code de la sécurité sociale**

Texte coordonné de l'article 65 tel que modifié

(...)

Art. 65. (...)

Lorsque l'acte ou le service professionnel implique l'utilisation d'un appareil **médical non visé à l'article 14, paragraphe 1 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière**, la nomenclature peut fixer un forfait couvrant les frais directs et indirects résultant de l'utilisation de l'appareil. **Ces forfaits sont établis pour des groupes d'actes présentant des caractéristiques communes du point de vue de la discipline médicale, du diagnostic, de la thérapeutique et des ressources utilisées.**

(...)

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

FICHE D'ÉVALUATION D'IMPACT
MESURES LÉGISLATIVES, RÉGLEMENTAIRES ET AUTRES

Coordonnées du projet

Intitulé du projet :	Projet de loi portant modification : 1° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin vétérinaire ; 2° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ; 3° du Code de la Sécurité sociale
Ministère initiateur :	Ministère de la Santé /Ministère de la Sécurité sociale
Auteur(s) :	Laurent Mertz
Téléphone :	247 85541
Courriel :	laurent.mertz@ms.etat.lu
Objectif(s) du projet :	Le présent projet de loi se propose de favoriser davantage la prise en charge ambulatoire des soins de santé en instaurant des incitatifs pour encourager cette transformation par l'introduction de sites hospitaliers supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires.
Autre(s) Ministère(s) / Organisme(s) / Commune(s) impliqué(e)(s)	oui
Date :	13/05/2022

Mieux légiférer

1 Partie(s) prenante(s) (organismes divers, citoyens,...) consultée(s) : ☒ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle / lesquelles :

Remarques / Observations :

2 Destinataires du projet :

- Entreprises / Professions libérales : ☒ Oui ☐ Non
- Citoyens : ☒ Oui ☐ Non
- Administrations : ☒ Oui ☐ Non

3 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 :

[1] N.a. : non applicable.

4 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 : texte coordonné existe

5 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 :

6 Le projet contient-il une charge administrative [2] 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 administratif [3] approximatif total ? (nombre de destinataires x coût administratif par destinataire)

[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 œuvre 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.).

7 a) Le projet prend-il recours à un échange de données inter-administratif (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 ?

b) Le projet en question contient-il des dispositions spécifiques concernant la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel [4] ? ☐ Oui ☒ Non ☐ N.a.

Si oui, de quelle(s) donnée(s) et/ou administration(s) s'agit-il ?

[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)

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 :

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 : Il s'agit de dispositions légales qui s'appliquent de la même façon et sans distinctions eu égard au sexe de la personne concernée par les procédures pénales en cause.

- 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 évaluation[5] ? ☐ 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

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

18 Le projet introduit-il une exigence relative à la libre prestation de services transfrontaliers[6] ? ☐ 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

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

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Sécurité sociale

Fiche financière

Service	Centres hospitaliers	Nombre antennes supplémentaires site + max 2	Hypothèse Nombre maximal	Surface m^2	Base KFA KG 300 et 400	Coût m^2	Coût infrastructures	équipement	Coût équipement individuel > 250 000	Total par antenne	Total
Imagerie médicale	4	2	8	200	KFA 7 + KGF	12000	2400000	IRM 1,5 T CT 32 barr	900 000 700 000	4 000 000	32 000 000
Dialyse	4	2	8	200	KFA 7 + KGF	12000	2400000			2400 000	19 200 000
Hôpital de jour	4	2	8	200	KFA 6 + KGF	9000	1800 000			1800 000	14 400 000
Oncologie	4	2	8	200	KFA 6 + KGF	9000	1800 000			1800 000	14 400 000
											80 000 000

Le coût unitaire par m^2 correspond à la valeur maximale qui a été calculée sur base des anciennes structures hospitalières. Le coût d'une antenne extramuros devrait bien se situer en dessous de ce coût maximal.

Le projet de loi prévoit un maximum de deux antennes extramuros par service à autoriser le cas échéant par centre hospitalier.

La procédure d'autorisation d'une antenne extramuros complémentaire est sujet à la procédure d'autorisation applicable selon les dispositions des articles 8 et 15 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière en ce qui concerne les infrastructures et l'article 14 pour les équipements.

Les projets d'antennes de service extramuros seront avisés individuellement par la CPH et donc évaluées en termes de planification et de valorisation

A ce stade une hypothèse de valorisation a été calculée sur base du nombre maximal d'antennes à prévoir sur base de la méthode de valorisation des surfaces fonctionnelles hospitalières retenues par la CPH (méthode KFA).

Ainsi un coût par m^2 par surface fonctionnelle a été retenu sur base du barême KFA établi.
Les surfaces ont été dimensionnées à 200m^2 par antenne.
Seul l'équipement lourd supérieur à € 250.000 est prévu en complément dans la valorisation

Coût par antenne:	Antenne individuelle	Total maximum autorisable 4 centres 2 antennes / service
Imagerie Médicale	4 000 000	32 000 000
Dialyse	2 400 000	19 200 000
Hôpital de jour	1 800 000	14 400 000
Oncologie	1 800 000	14 400 000
		80 000 000

Sur base de la valorisation du maximum d'antennes autorisables un subventionnement de 64 mio EUR (80%) est à prévoir

Annexe

I. Répartition de l'utilisation de certains équipements en 2019 selon le canton de résidence et l'hôpital de réalisation

La présente annexe décrit des considérations démographiques, épidémiologiques, géographiques et infrastructurelles, sur base des activités de soins ambulatoires sur les sites hospitaliers pour l'année 2019. La méthodologie et la terminologie suivante est appliquée :

- le taux de recours correspond au rapport de résidents d'un canton ayant eu au moins un examen ou passage en 2019 par rapport à la population protégée résidente totale dudit canton ;
- les parties dédiées aux examens IRM et CT-Scan, et aux hémodialyses concernent les personnes résidentes affiliées au régime d'assurance maladie-maternité, et la partie sur la mammographie se limite aux femmes affiliées au régime d'assurance maladie-maternité ;
- less prestations prises en compte sont les soins ambulatoires avec et sans prise en charge (y compris les urgences) ;
- la résidence est déterminée au moment de la délivrance de l'examen ;
- les cantons de Luxembourg-Ville et Luxembourg-Campagne sont affichés individuellement sur la carte mais commentés ensemble ci-dessous en parlant du canton de Luxembourg ;
- l'analyse se limite à l'activité des quatre centres hospitaliers : les Hôpitaux Robert Schuman (HRS), le Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL), le Centre Hospitalier du Nord (CHdN) et le Centre hospitalier Emile Mayrisch (CHEM).

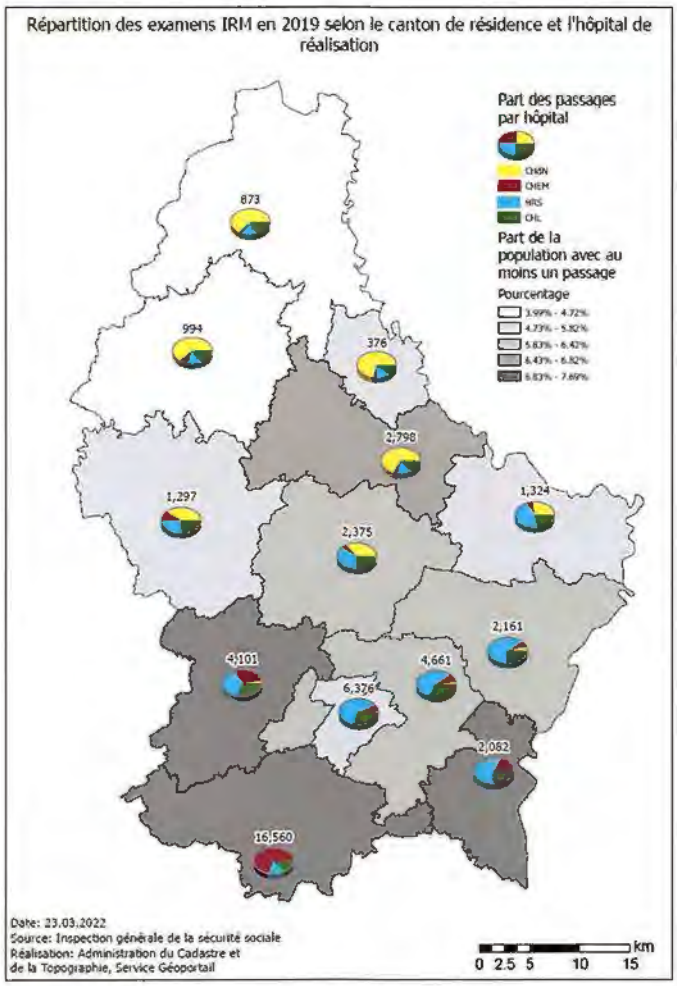
I.1. Répartition examens IRM en 2019 selon le canton de résidence et l'hôpital de réalisation

A la fin de l'année 2019, le Luxembourg disposait de 9 appareils d'IRM, soit 14,5 par million d'habitants. Des examens IRM sont effectués dans chacun des quatre centres hospitaliers, mais le nombre d'appareils IRM disponibles varie d'un hôpital à l'autre : le CHdN disposait d'un appareil en 2019, le CHL de deux. Le nombre d'appareils du CHEM et des HRS est passé de deux à trois au cours de l'année 2019.

En 2019, le taux de recours, c'est-à-dire le nombre de résidents d'un canton ayant obtenu au moins un examen IRM par rapport à la population dudit canton, est le plus élevé dans les cantons de Remich et de Capellen où 7,7%, respectivement 7,4% des résidents ont obtenu au moins un examen IRM. Suivent les cantons de Diekirch avec un taux de recours de 6,8%, Grevenmacher avec 6,4% et Luxembourg avec 6,0%. Les cantons de Vianden (5,7%), Rédange (5,7%), Wiltz (4,7%) et Clervaux (4,0) présentent des taux de recours plus faibles que les cantons situés plus au sud du pays.

L'analyse montre par exemple que le taux de recours est plus faible au nord du pays qu'au sud. L'analyse des classes d'âges de la population protégée résidente a montré que dans certains cantons la part de la population âgée de 60 ans et plus est plus élevée que dans d'autres : ainsi, Remich qui présente par exemple le taux de recours le plus élevé avec 7,7% des résidents ayant obtenu au moins un examen IRM affiche aussi en comparaison avec les autres cantons la part la plus élevée de

personnes âgées de 60 ans et plus. S'y ajoute que Wiltz, qui présente une des parts les plus faibles des personnes âgées de 60 ans et plus, soit 20,6%, affiche aussi un taux de recours plus faible que les autres cantons avec 4,7% en 2019. Une plus faible consommation au nord du pays pourrait aussi s'expliquer par une consommation de soins à l'étranger. Or, la facturation des prestations réalisées à l'étranger ne permet pas d'identifier clairement les examens IRM, de sorte que leur nombre considéré comme non exhaustif ne permet pas de confirmer l'hypothèse.



Le nombre d'examens IRM réalisés en ambulatoire pour la population protégée résidente de l'assurance maladie-maternité s'établit à 45.978 en 2019. En se concentrant tout d'abord sur les 4 centres hospitaliers, l'analyse des données montre que 34,8% de ces examens ont été réalisés aux HRS, 31,9% au CHEM, 21,5% au CHL, et 11,8% au CHDN.

Concernant les examens réalisés aux HRS, 41,3% sont réalisés pour des résidents du canton de Luxembourg. Les résidents du canton d'Esch-sur-Alzette suivent ensuite avec une part de 18,2% des examens IRM réalisés dans les HRS. 9,0% des examens IRM réalisés aux HRS concernent les résidents du canton de Capellen et 8,6% les résidents du canton de Grevenmacher. Une part de 7,5% des examens IRM réalisés aux HRS concerne des résidents du canton de Remich. Les à peu près 15,0% restants sont répartis entre les autres cantons.

Concernant les examens réalisés au CHEM, 77,7% sont réalisés pour des résidents du canton d'Esch-sur-Alzette. Ensuite, 9,0% des examens réalisés au CHEM concernent les résidents du canton de Capellen. 5,6% concernent les résidents du canton de Luxembourg. Les à peu près 7,5% restants se répartissent entre les autres cantons.

Concernant les examens réalisés au CHL, 34,8% sont réalisés pour des résidents du canton de Luxembourg. Les résidents du canton d'Esch-sur-Alzette suivent ensuite avec une part de 22,1% des examens IRM réalisés au CHL. 12,7% des examens IRM réalisés au CHL concernent les résidents du canton de Capellen et 6,1% les résidents du canton de Mersch. Une part de 5,7% des examens IRM réalisés au CHL concerne les résidents du canton de Grevenmacher et une part de 5,2% les résidents du canton de Remich. Les 13,5% restants sont répartis entre les autres cantons.

Concernant les examens réalisés au CHDN, à peu près la moitié se concentre sur les cantons de Diekirch et de Mersch : 34,7% sont réalisés pour des résidents du canton de Diekirch et 16,0% pour des résidents du canton de Mersch. 11,3% pour des résidents du canton de Wiltz, 10,1% pour des résidents du canton de Clervaux et 9,7% pour des résidents du canton de Rédange. En particulier, 6,8% des examens IRM réalisés au ChdN concernent des résidents du canton d'Echternach. Les 11,4% restants sont répartis entre les autres cantons.

L'analyse montre que 95,1% des examens IRM réalisés au CHEM concernent les résidents de cinq cantons. Les répartitions des examens sur les résidents des différents cantons sont similaires pour le CHL et les HRS, même si le nombre d'examens IRM réalisés aux HRS est plus élevé qu'au CHL, 16.007 contre 9.875. Le CHEM se distingue des trois autres centres hospitaliers avec sa part de 77,7% des examens réalisés pour des résidents d'un seul canton, alors qu'à peu près la moitié des examens IRM réalisés en 2019 concerne pour chacun des trois autres centres hospitaliers des résidents de deux cantons.

En axant l'analyse sur le canton de résidence des assurés ayant réalisé des examens IRM, les données montrent que parmi les 45.978 examens IRM, 16.650 sont réalisés pour des résidents du canton d'Esch-sur-Alzette. Leur part s'élève ainsi à 36,0% des examens IRM, alors que leur population représente 31,1% de l'ensemble de la population protégée résidente. Parmi ces 16.650 examens IRM, 68,8% ont été réalisés au CHEM, 17,6% aux HRS, 13,2% au CHL, et 0,4% au CHdN.

24,0% des examens IRM sont faits pour des résidents du canton de Luxembourg qui représentent 27,0% de l'ensemble de la population protégée résidente. Parmi ces 11.037 examens IRM, 59,9% sont réalisés aux HRS, 31,1% au CHL, 7,9% au CHEM et 1,1% au CHdN.

60% des examens IRM concernent donc des résidents des cantons Esch-sur-Alzette et Luxembourg, et ces deux cantons représentent 58,1% de l'ensemble de la population protégée résidente. Les 40,0% restants sont répartis entre les résidents des autres cantons : 8,9% concernent des résidents du canton de Capellen, 6,1% des résidents du canton de Diekirch, et 5,2% des résidents du canton de Mersch. Les résidents des autres cantons présentent des parts inférieures à 5,0% du nombre total d'examens IRM.

L'analyse montre que les parts des examens IRM des résidents des différents cantons dans l'ensemble des examens IRM ne diffèrent que légèrement des parts de la population des différents cantons dans l'ensemble de la population protégée résidente. En particulier, la part du canton de Capellen dans les examens IRM dépasse sa part dans la population protégée résidente.

I.2. Répartition des examens CT-Scan réalisés en 2019 selon le canton de résidence et l'hôpital de réalisation

A la fin de l'année 2019, le Luxembourg disposait de 9 appareils Scanner, soit 14,5 par million d'habitants. Des examens CT-Scan sont effectués dans chacun des quatre centres hospitaliers, mais le nombre d'appareils Scanner disponibles se répartit de la façon suivante entre les quatre centres hospitaliers : le CHdN disposait de deux appareils en 2019, tout comme le CHL et le CHEM. Le nombre d'appareils des HRS s'élève à trois en 2019.

Les cantons de Diekirch, de Wiltz et de Clervaux présentent des taux de recours plus élevés que les autres cantons situés au nord: 13,2%, respectivement 12,6% et 12,1%. Les taux de recours constatés dans les autres cantons sont plus faibles, sauf celle du canton d'Esch-sur-Alzette qui s'élève à 12,6%.

Dans les cantons de Remich, Vianden, Rédange, Mersch, Capellen et Echternach 10,0% à 11,0% de la population ont eu au moins un examen CT-Scan en 2019. Dans les autres moins de 10,0% ont obtenu au moins un examen CT-Scan en 2019, et en particulier le canton de Luxembourg présente le taux de recours le plus faible avec 8,6% des résidents ayant obtenu au moins un examen CT-Scan.

Le nombre d'examens CT-Scan réalisés en ambulatoire pour la population protégée résidente de l'assurance maladie-maternité s'établit à 79.684 en 2019. En se concentrant tout d'abord sur les 4 centres hospitaliers, l'analyse des données montre que 32,6% des examens ont été réalisés au CHEM, 27,2% aux HRS, 20,5% au CHdN, et 19,7% au CHL.

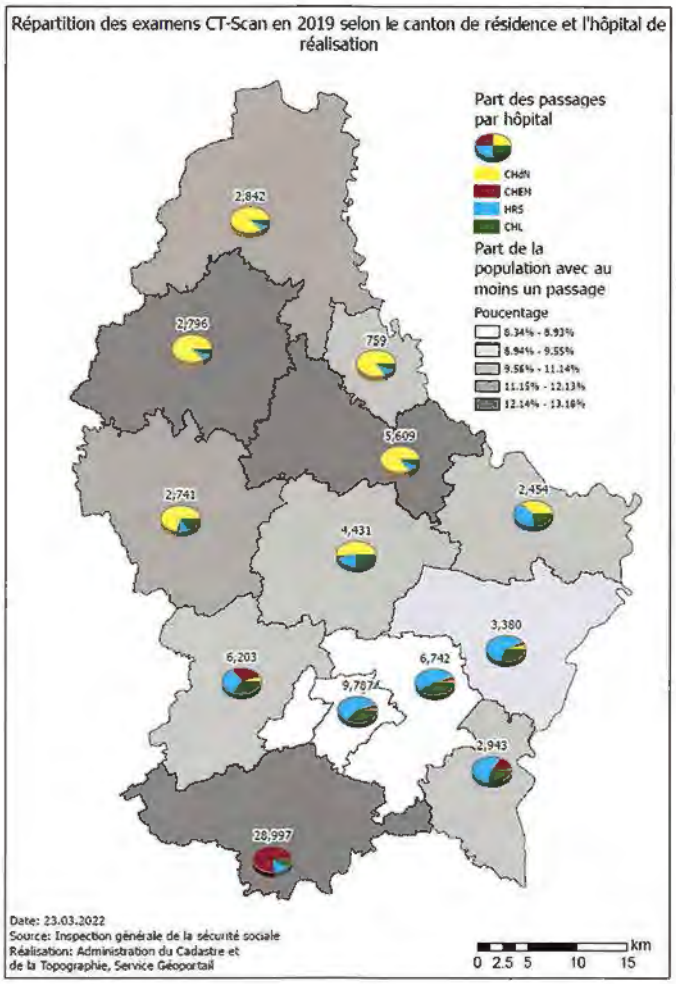
Concernant les 25.935 examens réalisés au CHEM, 86,2% sont réalisés pour des résidents du canton d'Esch-sur-Alzette. 7,5% des examens réalisés au CHEM concernent les résidents du canton de Capellen et les 6,3% restants se répartissent entre les autres cantons.

Parmi les 21.687 examens réalisés aux HRS, 42,6% concernent les résidents du canton de Luxembourg. La part du canton d'Esch-sur-Alzette s'élève à 18,0%. 8,7% des examens concernent les résidents du canton de Capellen, 9,7% ceux du canton de Grevenmacher et 7,4% ceux du canton de Remich. Les 13,6% restants sont répartis entre les autres cantons.

Concernant les 16.347 examens réalisés au CHDN en 2019, 89,4% des examens réalisés concernent les résidents des cantons de Diekirch (29,2%), de Clervaux (15,2%), de Wiltz (15,0%), de Mersch (14,2%), de Rédange (11,9%) et de Vianden (3,9%). Les 10,6% restants sont répartis entre les autres cantons.

Parmi les 15.715 examens du CHL, 40,2% sont réalisés pour des résidents du canton de Luxembourg. La part des résidents du canton d'Esch-sur-Alzette s'élève à 16,5%. 13,4% des examens CT-Scan réalisés au CHL concernent les résidents du canton de Capellen et 6,8% ceux du canton de Mersch. La part des résidents du canton de Grevenmacher s'élève à 6,6% et celle des résidents du canton de Remich à 5,5%. Les 11,0% restants sont répartis entre les autres cantons.

L'analyse montre que 96,5% des examens réalisés au CHEM sont réalisés pour les résidents de trois cantons. Les répartitions des examens sur les résidents des différents cantons sont similaires pour le CHL et les HRS, même si le nombre d'examens CT-Scan réalisés dans les HRS est plus élevé que pour le CHL, 21.687, contre 15.715. Le CHEM se distingue des trois autres centres hospitaliers avec sa part de 86,2% des examens réalisés pour des résidents d'un seul canton, alors que pour les HRS et le CHL à peu près 60,0% des examens CT-Scan concernent des résidents de deux cantons. Enfin, pour le CHdN, trois cantons représentent à peu près 60,0% des examens.



Parmi les 79.684 examens CT-Scan, 28.997 sont réalisés pour des résidents du canton d'Esch-sur-Alzette. Cette part de 36,4% du total des examens CT-Scan réalisés en 2019 des résidents du canton d'Esch-sur-Alzette est à comparer avec la part de 31,1% de sa population dans l'ensemble de la population protégée résidente 77,1% de ces examens sont réalisés au CHEM, 13,5% aux HRS, 8,9% au CHL, et 0,5% au CHdN.

16.529 examens CT-Scan réalisés en 2019 proviennent des résidents du canton de Luxembourg. Cette part de 20,7% des examens CT-Scan réalisés en 2019 est à comparer avec la part de la population du canton du Luxembourg dans l'ensemble de la population protégée résidente. 55,9% de ces passages sont réalisés aux HRS, 38,2% au CHL, 4,4% au CHEM et une part de 1,4% au CHdN.

A peu près 57,0% des examens CT-Scan réalisés en 2019 concernent donc des résidents des cantons Esch-sur-Alzette et Luxembourg qui représentent 58,1% de l'ensemble de la population protégée résidente. Les 43,0% restants sont répartis entre les résidents des autres cantons : Capellen 7,8%, Diekirch 7,0%, et Mersch 5,6%. Les résidents des autres cantons présentent des parts inférieures à 5,0% du nombre total d'examens CT-Scan.

L'analyse montre que la part des CT-Scan réalisés pour des résidents des cantons d'Esch-sur-Alzette, de Diekirch et de Mersch dépasse à chaque fois la part des résidents de ces derniers dans la population

protégée totale, alors que la part des résidents des cantons de Luxembourg et de Capellen dans l'ensemble des examens CT-Scan est inférieure à la part des résidents desdits cantons dans l'ensemble population protégée résidente.

I.3. Répartition des mammographies réalisées en 2019 selon le canton de résidence et l'hôpital de réalisation

A la fin de l'année 2019, le Luxembourg disposait de 7 appareils de mammographie, soit 13,9 par million d'habitants. Des mammographies sont effectuées dans chacun des quatre centres hospitaliers, mais à la fin de l'année 2019, le CHdN disposait d'un appareil, alors que les HRS, le CHL et le CHEM disposaient de deux appareils de mammographie.

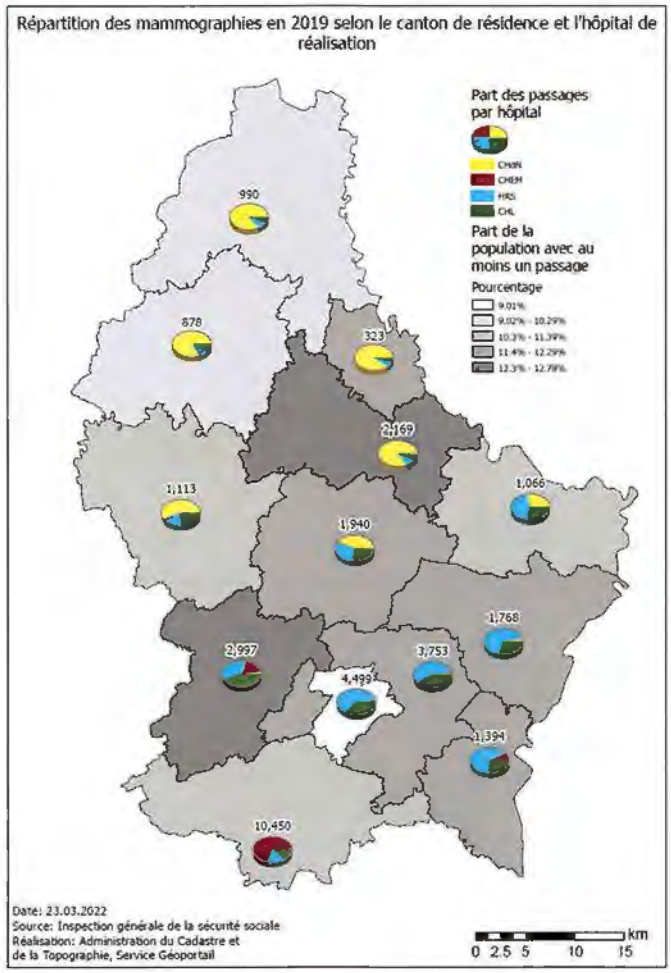
L'analyse des mammographies se limite aux examens réalisés pour la population résidente féminine qui s'élève à 286.859 femmes en 2019. En 2019, le taux de recours le plus élevé est observé dans les cantons de Capellen et Diekirch où à chaque fois 12,8% des résidentes ont obtenu au moins une mammographie ainsi qu'au canton de Remich affichant un taux de recours de 12,2%. Les cantons d'Echternach, d'Esch-sur-Alzette, de Grevenmacher, de Mersch, de Rédange, et de Vianden présentent des taux de recours entre 11,2% et 11,9%. Enfin, dans les cantons de Luxembourg, de Clervaux et de Wiltz à peu près 10,0% des résidentes ont bénéficié d'une mammographie en 2019.

L'analyse montre ainsi que pour les mammographies, le taux de recours, c.à.d. le nombre de femmes résidentes d'un canton avec au moins une mammographie par rapport à la population féminine totale dudit canton, est plus faible dans les cantons se situant plus au nord du pays et dans le canton de Luxembourg que dans les autres cantons.

Au niveau de la mammographie, l'analyse montre une corrélation entre l'âge et le taux de recours qui s'explique par le programme de dépistage organisé du cancer du sein appelé « Programme Mammographie » mis en place par le Ministère de la santé et qui concerne les femmes âgées entre 50 ans et 69 ans. En particulier, le canton de Remich affiche un des taux de recours les plus élevés et représente le canton avec la part la plus importante de femmes âgées de 60 ans et plus, à savoir 26,7%. Capellen et Diekirch complètent le top 3 des cantons avec la part la plus importante de femmes âgées de 60 ans et plus et présentent aussi la part la plus importante de femmes ayant obtenu au moins une mammographie en 2019. En contrepartie, un plus faible taux de recours à Wiltz en comparaison avec les autres cantons va de pair avec une des parts les plus faibles de femmes âgées de 60 ans et plus à Wiltz par rapport à la population totale dudit canton, à savoir 21,1%.

Le nombre de mammographies réalisées en ambulatoire pour la population protégée résidente féminine de l'assurance maladie-maternité s'établit à 33.340 en 2019. 34,0% de ces examens sont réalisés aux HRS, 24,6% au CHEM, 24,4% au CHL, 17,1% au CHdN.

Parmi les 11.328 examens réalisés aux HRS, 42,7% concernent les résidentes du canton de Luxembourg. Les résidentes du canton d'Esch-sur-Alzette affichent une part de 16,3% des mammographies réalisées dans les HRS. Les femmes résidentes des cantons de Grevenmacher, de Capellen et de Remich présentent des parts de 10,4%, respectivement de 9,1% et de 8,2% des mammographies réalisées aux HRS. Les 13,3% restants sont répartis entre les autres cantons.



89,1% des 8.195 examens réalisés au CHEM concernent les résidentes du canton d'Esch-sur-Alzette et 6,9% concernent les résidentes du canton de Capellen. Les 4,0% restants se répartissent entre les autres cantons.

Parmi les 8.133 examens réalisés au CHL, 39,7% concernent les femmes résidentes du canton de Luxembourg, 16,5% les femmes résidentes du canton de Capellen et 15,6% les femmes résidentes du canton d'Esch-sur-Alzette. Pour Mersch et Grevenmacher, la part s'élève à chaque fois à 6,5%. Les 15,2% restants sont répartis entre les autres cantons.

Parmi les 5.685 examens réalisés au CHDN en 2019, 91,3% des examens réalisés concernent les femmes résidentes des cantons de Diekirch (32,4%), de Clervaux (15,0%), de Mersch (14,9%), de Wiltz (12,8%), de Rédange (11,1%) et de Vianden (5,1%). Les 9,7% restants sont répartis entre les autres cantons.

96,0% du nombre total de mammographies réalisées au CHEM concernent les femmes résidentes de deux cantons. Les répartitions des examens sur les résidentes des différents cantons sont similaires pour le CHL et les HRS, même si le nombre de mammographies réalisées dans les HRS est plus élevé que pour le CHL, 11.328, contre 8.133. Le CHEM se distingue des trois autres centres hospitaliers avec sa part de 89,1% des examens réalisés pour des femmes résidentes d'un seul canton, alors que pour les HRS et le CHL à peu près 60,0% des examens CT-Scan réalisés en 2019 concernent des femmes

résidentes de deux cantons. Enfin, pour le CHdN, quatre cantons représentent à peu près 75,0% des mammographies y réalisées.

Parmi les 33.340 examens, 10.450 mammographies sont réalisées pour des femmes résidentes du canton d'Esch-sur-Alzette. Cette part de 31,3% des mammographies réalisées en 2019 est donc très proche de la part dudit canton de 31,2% dans la population féminine. Les résidentes du canton d'Esch-sur-Alzette ont réalisé 69,8% de leurs examens au CHEM, 17,7% aux HRS, 12,2% au CHL, et 0,3% au CHdN.

24,8% des mammographies réalisées en 2019 sont effectuées pour des résidentes du canton de Luxembourg, soit 8.252 examens. Cette part de 24,8% des mammographies réalisées en 2019 est inférieure à la part de 26,9% de sa population féminine dans l'ensemble de la population protégée résidente féminine. Parmi ces derniers 58,6% sont réalisées aux HRS, 39,1% au CHL, 1,5% au CHEM et une part de 0,7% au CHdN.

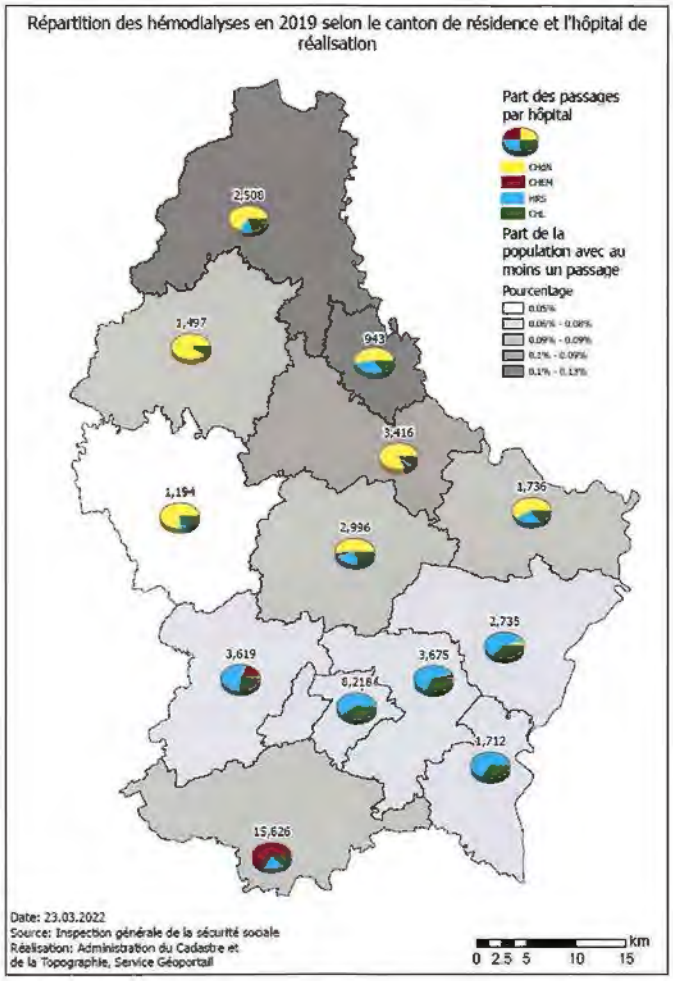
A peu près 56,0% des mammographies réalisées en 2019 concernent donc des résidents des cantons Esch-sur-Alzette et Luxembourg, et ces deux cantons représentent 58,1% de l'ensemble de la population protégée résidente. Les 44,0% restants sont répartis entre les résidents des autres cantons : 9,0% concernent des résidentes du canton de Capellen, 6,5% des résidentes du canton de Diekirch, et 5,8% des résidentes du canton de Mersch. Les résidentes des autres cantons présentent des parts inférieures à 5,0% du nombre total de mammographies.

L'analyse montre que les parts des mammographies de résidentes du canton d'Esch-sur-Alzette correspond à peu près à la part des femmes résidentes dudit canton dans la population protégée totale. Par contre, la part des résidents du canton de Luxembourg dans l'ensemble des examens réalisés en 2019 est inférieure à la part des femmes résidentes dudit canton dans l'ensemble population protégée féminine résidente. Enfin, les cantons de Capellen, Diekirch et Mersch présentent des parts dans les mammographies réalisées dépassant leur part dans la population protégée féminine résidente.

I.4. Répartition des hémodialyses en 2019 selon le canton de résidence et l'hôpital de réalisation

A la fin de l'année 2019, le Luxembourg disposait de 89 postes de dialyse. L'analyse montre que le taux de recours, c.à.d. le nombre de résidents d'un canton avec au moins une hémodialyse en 2019 par rapport à la population dudit canton est plus élevé au nord du pays. En 2019, seuls les cantons de Vianden et de Clervaux présentent des taux de recours dépassant les 10,0%, avec 13,2% respectivement 13,0%; Diekirch, Wiltz et Mersch suivent avec un taux de recours de 9,1%, respectivement de 8,8% et de 8,5%. Au sud, le canton d'Esch-sur-Alzette présente un taux de recours de 8,6%.

Le nombre d'hémodialyses réalisées en ambulatoire pour la population protégée résidente de l'assurance maladie-maternité s'établit à 49.875 en 2019. 34,6% des hémodialyses ont été réalisées aux HRS, 23,0% au CHEM, 22,5% au CHL, et 20,0% au CHDN. Les HRS présentent donc la part la plus importante des hémodialyses, et les trois autres centres hospitaliers présentent à peu près la même part d'hémodialyses.



Aux HRS, 42,1% des hémodialyses sont réalisées pour des résidents du canton de Luxembourg et 18,2% pour des résidents du canton d'Esch-sur-Alzette. 11,5% des hémodialyses réalisées aux HRS concernent les résidents du canton de Capellen, 9,4% ceux du canton de Grevenmacher et 6,6% ceux du canton de Remich. Les 12,2% restants sont répartis entre les autres cantons.

Parmi les hémodialyses réalisées au CHEM, 91,2% sont réalisés pour des résidents du canton d'Esch-sur-Alzette et 5,5% pour les résidents du canton de Capellen. Les 3,3% restants se répartissent entre les autres cantons.

Parmi les hémodialyses réalisées au CHL, 40,0% sont réalisés pour des résidents du canton de Luxembourg et 18,0% pour les résidents du canton d'Esch-sur-Alzette. 8,4% des hémodialyses réalisées au CHL concernent les résidents du canton de Capellen et 5,5% celles du canton de Mersch. Une part de 9,0% des hémodialyses réalisées au CHL concerne les résidents du canton de Grevenmacher et une part de 5,1% concerne des résidents du canton de Remich. Les 14,1% restants sont répartis entre les autres cantons.

Concernant les hémodialyses réalisées au CHDN, à peu près trois quarts se concentrent sur les cantons de Diekirch (28,2%), de Clervaux (16,5%), de Wiltz (13,6%) et de Mersch (15,5%). Parmi les 25% restants, 10,2% concernent les résidents du canton d'Echternach et 9,2% concernent les résidents du canton de Rédange.

Le CHEM se distingue des trois autres centres hospitaliers en raison de sa grande majorité des hémodialyses réalisées pour les résidents d'un seul canton. Aux HRS et au CHL, les résidents provenant de deux cantons atteignent à peu près 60,0% des hémodialyses y réalisées, à savoir le Luxembourg et Esch-sur-Alzette (top 2 des cantons représentant une part de l'activité des HRS la plus élevée). Au CHdN, les 60,0% sont couverts par les résidents de trois cantons à savoir Diekirch, Clervaux et Mersch (Top 3 des cantons représentant une part de l'activité du CHdN la plus élevée).

Parmi les 49.875 hémodialyses, 31,3% sont réalisées pour des résidents du canton d'Esch-sur-Alzette, soit 15.626 hémodialyses. Cette part de 31,3% des hémodialyses réalisées en 2019 correspond à peu près à sa part de 31,1% dans l'ensemble de la population protégée résidente. Les hémodialyses des résidents du canton d'Esch-sur-Alzette ont été réalisées pour 67,1% au CHEM, 20,1% aux HRS, et pour 13,9% au CHL.

23,8% des hémodialyses de 2019 sont réalisées pour des résidents du canton de Luxembourg, soit 11.893 hémodialyses. Le canton de Luxembourg représente donc 23,8% des hémodialyses, et sa population représente 27,0% de l'ensemble de la population protégée résidente en 2019. Parmi ces hémodialyses, 61,1% sont réalisées aux HRS, 37,7% au CHL, et 1,1% au CHEM.

A peu près 55,0% des hémodialyses de 2019 concernent donc des résidents des cantons Esch-sur-Alzette et Luxembourg, et ces deux cantons représentent 58,1% de l'ensemble de la population protégée résidente. Les 45,0% restants sont répartis entre les résidents des autres cantons : 7,3% concernent des résidents du canton de Capellen, 6,8% des résidents du canton de Diekirch, 6,0% des résidents du canton de Mersch, et 5,0% les résidents du canton de Clervaux. Les résidents des autres cantons présentent des parts inférieures à 5,0% du nombre total d'hémodialyses réalisées en 2019.

L'analyse montre que les parts des hémodialyses de résidents du canton d'Esch-sur-Alzette correspond à peu près à la part des résidents dudit canton dans la population protégée totale. Par contre, la part des résidents du canton de Luxembourg dans l'ensemble des hémodialyses est inférieure à la part des résidents dudit canton dans l'ensemble population protégée résidente. Enfin, les cantons de Diekirch, Mersch et Clervaux présentent des parts dans le nombre d'hémodialyses dépassant leur part dans la population protégée résidente.

I.5. Modélisation du besoin prospectif liés l'imagerie médicale et à l'hémodialyse

L'étude des besoins prospectifs liés à l'imagerie médicale et à l'hémodialyse repose sur la méthodologie appliquée dans la cadre de l'aperçu publié par l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS) en 2021 sur la modélisation des coûts prospectifs liés aux soins hospitaliers pris en charge par l'assurance maladie-maternité[1].

En application de l'hypothèse du statu quo, les nombres de passages en IRM, en CT-Scan et en mammographie présentent une progression de quelques 20 pourcents à l'horizon 2030. Il en résulterait un besoin potentiel de deux appareils supplémentaires pour chaque type d'équipement d'imagerie médicale. En ce qui concerne les hémodialyses, une progression de quelques 30 pourcents est à soulever, ce qui résulterait à un besoin supplémentaire de 30 postes de dialyse.

[1] Modélisation des coûts prospectifs liés aux soins hospitaliers pris en charge par l'assurance maladie-maternité, IGSS, 2021