

MEMORIAL
Journal Officiel
du Grand-Duché de
Luxembourg



MEMORIAL
Amtsblatt
des Großherzogtums
Luxemburg

RECUEIL DE LEGISLATION

A — N° 54

23 mars 2009

Sommaire

PLAN HOSPITALIER NATIONAL

Règlement grand-ducal du 13 mars 2009 établissant le plan hospitalier national et déterminant les missions et la composition minimales des structures d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières et les modalités de coordination nationale de ces structures . . . page **704**

Règlement grand-ducal du 13 mars 2009 établissant le plan hospitalier national et déterminant les missions et la composition minimales des structures d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières et les modalités de coordination nationale de ces structures.

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

Vu la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, et notamment ses articles 2 et 23;

Vu les données fournies par la carte sanitaire 1998-2005, publiée en 2007;

Vu les avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier;

Notre Conseil d'Etat entendu;

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

Arrêtons:

Chapitre 1 – Champ d'application, objet et définitions

Art. 1^{er}. Objet

Le présent règlement grand-ducal fixe, en tenant compte des données fournies par la carte sanitaire, le plan hospitalier national. Ce plan vise à coordonner dans l'intérêt de la santé publique l'évolution du système hospitalier en fonction des besoins sanitaires prévisibles du pays, de l'exigence d'assurer un accès équitable à une prise en charge de qualité conforme aux acquis de la science, tout en tenant compte des contraintes découlant d'un fonctionnement efficient.

Aux fins de la coordination du système hospitalier national, le présent règlement détermine:

- la composition géographique des trois régions hospitalières;
- les catégories et les critères de classification des établissements hospitaliers;
- les besoins sanitaires du pays en termes de lits d'hospitalisation;
- les services hospitaliers pouvant faire partie des établissements hospitaliers;
- la liste des équipements et appareils soumis à une planification nationale.

Le présent règlement détermine aussi les missions et la composition minimales des structures d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières et les modalités de coordination nationale de ces structures.

Art. 2. Définitions

Aux fins du présent règlement, l'on entend par:

- a) «loi hospitalière»: la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers;
- b) «ministre»: le ministre ayant la santé dans ses attributions;
- c) «lits»: les lits qui sont de façon continue à la disposition des patients des établissements hospitaliers, à l'exclusion des emplacements;
- d) «emplacements»: les lits ou places situés dans une enceinte fonctionnelle distincte, exclusivement à disposition des patients pour les prises en charge ambulatoires pendant une durée généralement inférieure à 12 heures et destinés aux activités énumérées à l'annexe 5 du présent règlement;
- e) «lits aigus»: les lits, hormis ceux réservés à la convalescence et à la rééducation;
- f) «lits de moyen séjour»: les lits réservés à la convalescence et à la rééducation;
- g) «service de base»: le service dans lequel s'exercent les activités médicales et médico-techniques communes ne relevant pas d'un service spécialisé;
- h) «service spécialisé»: le service qui prend en charge dans une ou plusieurs unités distinctes des patients relevant de l'activité qui donne le nom au service et nécessitant le recours à des compétences médicales et, le cas échéant, soignantes, spécialisées, à une concertation ou prise en charge multidisciplinaire, à des structures et équipements spécifiques et, le cas échéant, à des lits de soins intensifs;
- i) «service national»: service spécialisé qui offre des activités uniques pour le pays en coordination avec les autres structures hospitalières et qui regroupe des pathologies rares ou complexes, nécessitant des compétences médicales regroupées, des équipements ou des infrastructures spécifiques et qui garantit la continuité des soins sur le plan national.

Chapitre 2 – Des régions hospitalières, des catégories de classement et des critères de classement des établissements hospitaliers

Section 1: Des régions hospitalières

Art. 3. Détermination des trois régions hospitalières

Aux fins de l'application du présent plan hospitalier, le pays est divisé en trois régions hospitalières, à savoir:

- la région hospitalière du Nord comprenant les cantons de Clervaux, Wiltz, Vianden, Diekirch et Redange ainsi que la commune de Berg du canton de Mersch;

- la région hospitalière du Centre comprenant les cantons de Luxembourg, Mersch, Capellen, Echternach, Grevenmacher et Remich, avec la commune de Leudelange du canton d'Esch-sur-Alzette, mais sans les communes de Berg du canton de Mersch et de Bascharage du canton de Capellen;
- la région hospitalière du Sud comprenant le canton d'Esch-sur-Alzette, sans la commune de Leudelange, ainsi que la commune de Bascharage du canton de Capellen.

Section 2: Des catégories d'établissements hospitaliers et des critères de classement des établissements hospitaliers

Sous-section 1: Etablissements de soins aigus

Art. 4. Catégories d'établissements de soins aigus

Rentrent dans la catégorie des établissements de soins aigus:

- les centres hospitaliers régionaux,
- les hôpitaux généraux,
- les hôpitaux de proximité,
- les établissements hospitaliers spécialisés assurant des soins aigus.

Le classement des établissements de soins aigus au sein d'une de ces catégories se fait en fonction du nombre de lits aigus dont ils disposent et des missions qu'ils ont vocation à assurer dans la prise en charge coordonnée de patients par le système hospitalier.

Art. 5. Centres hospitaliers régionaux

Constitue un «centre hospitalier régional», tout établissement hospitalier, tout groupement d'établissements hospitaliers, ou tout groupement de plusieurs établissements hospitaliers à mission complémentaire sous un même gestionnaire, qui dispose sur un site ou sur plusieurs sites relevant de la même région hospitalière d'au moins 340 lits aigus. Il a vocation à assurer une mission centrale au niveau des services médicaux de la région hospitalière.

Sous réserve des attributions spécifiques des services nationaux et pour autant que les besoins sanitaires nationaux et régionaux le justifient, le centre hospitalier régional peut se voir attribuer sur demande justifiée tout service médical, en relation avec une prise en charge aiguë des patients, et tout équipement hospitalier.

Il y a au maximum quatre centres hospitaliers régionaux au niveau national, dont deux centres hospitaliers régionaux dans la région hospitalière du Centre et un centre hospitalier régional respectivement dans la région hospitalière du Sud et la région hospitalière du Nord.

Les établissements hospitaliers, classés comme centres hospitaliers régionaux, sont repris au tableau 1 figurant en annexe au présent règlement.

Art. 6. Hôpitaux généraux

Constitue un «hôpital général», tout établissement hospitalier, tout groupement d'établissements hospitaliers, ou tout groupement de plusieurs établissements hospitaliers à mission complémentaire sous un même gestionnaire, disposant d'au moins 175 lits aigus sur un seul site et de moins de 340 lits au total.

Sous réserve des attributions spécifiques des services nationaux et pour autant que les besoins sanitaires de la région le justifient, l'hôpital général peut se voir attribuer sur demande justifiée des services médicaux, en relation avec une prise en charge aiguë des patients, à l'exception de l'obstétrique et de la pédiatrie.

Les établissements hospitaliers, classés comme centres hospitaliers régionaux, sont repris au tableau 1 figurant en annexe au présent règlement.

Art. 7. Hôpitaux de proximité

Pendant la période transitoire nécessaire à la réalisation de la:

- fusion de la Clinique St. Joseph de Wiltz avec l'Hôpital St. Louis d'Ettelbruck et son intégration subséquente au sein du futur «Centre hospitalier du Nord» en genèse;
- réorientation des activités de la Clinique Ste. Marie d'Esch-sur-Alzette, en collaboration avec le Centre Hospitalier Emile Mayrisch, vers une structure spécialisée en gériatrie dans la région hospitalière du Sud;

les deux établissements visés ci-avant, classés actuellement «hôpital de proximité» et disposant de moins de 175 lits aigus, continueront provisoirement l'exploitation sous leur statut actuel d'établissements aigus assumant principalement une mission de soins de proximité.

Un hôpital de proximité ne peut disposer que d'une polyclinique, d'un service de gériatrie et d'un service de base médico-chirurgical destiné à prendre en charge des patients aux pathologies ne nécessitant pas le recours ni à des services ou équipements spécialisés, ni à des structures de soins intensifs, hormis ceux prévus pour le réveil post-anesthésique.

Aucune autorisation d'exploitation pour un hôpital de proximité ne peut être délivrée ou prolongée pour une période dépassant le 31 décembre 2013.

Art. 8. Etablissements hospitaliers spécialisés de soins aigus

Constitue un «établissement hospitalier spécialisé de soins aigus», tout établissement hospitalier assurant des soins aigus, qui répond aux besoins spécifiques de certaines disciplines ou à des affections particulières en disposant d'un ou de plusieurs services relevant d'une filière cohérente de prise en charge spécialisée dirigée de façon prépondérante vers un domaine de spécialisation.

Les établissements hospitaliers spécialisés de soins aigus sont classés établissement spécialisé à service national, lorsqu'ils assument une mission nationale et que les besoins sanitaires du pays excluent toute offre parallèle dans leur domaine de spécialisation.

En fonction de leur spécialité, les établissements hospitaliers spécialisés de soins aigus peuvent assurer au niveau national le service d'urgence et de garde pour leur spécialité, en étroite collaboration avec les établissements assurant la garde générale au sein des trois régions hospitalières.

Sont classés établissements hospitaliers spécialisés de soins aigus, les établissements hospitaliers repris au tableau 1 figurant en annexe au présent règlement.

Sous-section 2 – Etablissements de moyen séjour et autres établissements hospitaliers

Art. 9. Etablissements de moyen séjour

Constituent des établissements de moyen séjour les établissements de rééducation et les établissements de convalescence.

En aval des établissements aigus, les établissements de rééducation ont pour mission d'assurer, dans le cadre d'une prise en charge stationnaire, et ambulatoire s'il y a lieu, des rééducations dont le cadre nécessite des moyens et des ressources spécialisés pour assurer la réadaptation et la réintégration dans le milieu de vie habituel des patients.

Il peut s'agir d'établissements de rééducation physique ou d'établissements de rééducation psychique.

En aval des établissements aigus et, le cas échéant, des établissements de rééducation, l'établissement de convalescence prend en charge un patient, après une période de soins aigus ou de rééducation, en vue d'une cure de convalescence active qui vise à faciliter le retour à domicile ou dans le milieu de vie habituel.

Sont classés établissements de rééducation et établissements de convalescence, les établissements hospitaliers repris au tableau 1 figurant en annexe au présent règlement.

Art. 10. Etablissement de cures thermales

Indépendamment ou en aval des établissements de soins aigus, l'établissement de cures thermales a pour mission de dispenser des cures thermales thérapeutiques. Est classé établissement de cures thermales, le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains.

Art 11. Centre de diagnostic

Aucune création d'un centre de diagnostic ne sera autorisée.

Section 3 – Autorisation des établissements hospitaliers

Art. 12. Création, extension ou modernisation d'établissements hospitaliers

Sans préjudice de la participation de l'Etat à leur financement conformément aux dispositions de la loi modifiée du 21 juin 1999 autorisant l'Etat à participer au financement de la modernisation, de l'aménagement ou de la construction de certains établissements hospitaliers, aucune création ou extension d'établissements hospitaliers ne sera autorisée, à l'exception:

- des projets de modernisation ou de mise en sécurité de structures existantes;
- 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;
- des projets de réaménagement ou de transformation de structures existantes visant à favoriser l'hospitalisation de jour ou la prise en charge ambulatoire.

Aucun projet ne sera autorisé au-delà des besoins en lits et services hospitaliers autorisables en vertu du présent règlement et de ses annexes.

Chapitre 3 – Des besoins sanitaires du pays en services hospitaliers, en lits d'hospitalisation et en équipements hospitaliers

Section 1 – Dotation en lits d'hospitalisation

Art. 13. Prévision des besoins planifiés en lits d'hospitalisation

(1) A l'entrée en vigueur du présent règlement grand-ducal, les régions hospitalières conservent le nombre de lits planifiés par le plan hospitalier 2001 et les établissements hospitaliers disposent comme dotation de départ du nombre de lits aigus leur affectés en exécution de ce plan, tel que repris à l'annexe 2 du présent règlement, rubrique «2001-2008».

(2) Sans préjudice du dépassement justifié de ces chiffres en application de l'article 15 ci-après la dotation maximale de lits aigus planifiés et de lits de moyen séjour planifiés susceptibles d'être autorisés est fixée conformément aux tableaux figurant à l'annexe 2 du présent règlement, rubrique «A partir de 2009».

Art. 14. Variation de la dotation en lits

(1) Au moment de la première autorisation d'un nouveau service médical, respectivement au moment de chaque renouvellement d'autorisation ou au moment d'une demande de modification substantielle du projet de service conformément à l'article 16 ci-après, le ministre décide du nombre de lits affectés au service concerné. Il peut réduire, maintenir ou augmenter en conséquence la dotation en lits dont dispose l'hôpital concerné.

(2) Le ministre procède annuellement à l'examen de la dotation en lits affectés aux établissements, et à l'analyse des activités de l'hôpital en fonction de critères basés sur les formes d'hospitalisation, le taux d'occupation des lits en considération de la réalité du terrain au niveau organisationnel, la durée moyenne de séjour, les pathologies et les tranches d'âges prises en charge. S'il constate sur une période de référence d'au moins trois ans un déséquilibre non justifié de la dotation en lits, il procède aux rééquilibrages requis.

Le ministre demande avant toute décision l'avis de tout établissement susceptible d'être concerné par une modification de sa dotation en lits.

(3) Pour favoriser le virage ambulatoire vers l'hospitalisation de jour et vers la prise en charge ambulatoire, le ministre peut autoriser la réduction de la dotation en lits aigus attribués à un établissement hospitalier par conversion en emplacements affectés à une prise en charge ambulatoire ou par conversion en lits de moyen séjour. La réaffectation de ces lits aigus se fait sur base d'une demande motivée, qui est accordée sans préjudice de l'autorisation de création ou d'extension du service afférent. Le nombre des emplacements ou des lits de moyen séjour attribués par réaffectation peut dépasser le nombre des lits aigus supprimés.

Le ministre peut aussi autoriser la réduction de lits par conversion de chambres à deux lits en chambres à lit unique, ne donnant droit à aucun supplément première classe des honoraires médicaux.

(4) La modification de la dotation en lits d'un établissement ne peut se faire que dans la limite des lits pouvant être autorisés conformément à l'annexe 2 du présent règlement. Pour les établissements de soins aigus non spécialisés, ce nombre est fixé par région hospitalière.

L'établissement hospitalier qui demande des lits justifie du bien fondé de cette demande sur base notamment du projet de service bénéficiaire de ces lits, du taux d'occupation des lits existants, de la durée moyenne de séjour et, le cas échéant, de l'activité ambulatoire. Il justifie aussi de l'absence de potentiel de réaffectation ou de réorganisation interne à l'établissement.

(5) La commission permanente pour le secteur hospitalier est demandée en son avis avant toute modification de la dotation en lits affectés à un établissement.

Art. 15. Dépassement justifié des lits planifiés

(1) Le ministre peut décider la création de lits supplémentaires par dépassement du nombre de lits planifiés:

- si comme suite à l'évolution démographique le nombre de lits aigus par mille habitants tombe au sein d'une région hospitalière en-dessous de 4,00/1000 habitants;
- s'il est constaté, sur base notamment des indicateurs visés à l'article 14 (4) ci-avant, que la mobilité des patients depuis l'étranger, vers une région hospitalière entraîne une modification notable du flux des patients, compromettant l'accessibilité ou la qualité des soins dans cette région.

Le ministre demande l'avis de la commission permanente pour le secteur hospitalier.

(2) En cas d'afflux ou de risque d'afflux exceptionnel de patients, notamment pour cause de calamité ou de risque de crise sanitaire, le ministre peut dans l'intérêt de la santé publique déroger temporairement aux dispositions limitant le nombre de lits.

Section 2 – Services hospitaliers

Art. 16. Structuration des services médicaux

(1) Pour chaque service médical, les établissements hospitaliers établissent un projet de service, cohérent avec le projet d'établissement visé à l'article 22 de la loi hospitalière.

Ce projet de service précise:

- la spécialité, le domaine d'activité médicale projetés et le volume d'activités attendu;
- les ressources et équipements y affectés spécifiquement, y inclus le nombre de lits et d'emplacements, la localisation principale du service et ses antennes éventuelles au niveau d'un autre site relevant de l'établissement;
- l'organisation et les moyens mis en place pour assurer la continuité des prises en charges afférentes, conformes aux acquis de la science;
- la filière de prise en charge dans laquelle les activités du service médical s'inscrivent.

(2) Le projet de service est soumis au ministre au moment de la première demande en autorisation du service et lors de chaque renouvellement de l'autorisation d'exploitation. Toute extension ou autre modification substantielle est soumise à autorisation ministérielle préalable.

(3) Le ministre peut fixer des conditions ou modes spécifiques de prise en charge, des formes et règles de collaboration avec d'autres services intervenant dans la filière de prise en charge ou d'autres exigences justifiées dans l'intérêt de la santé publique et de la coordination du système hospitalier.

(4) L'autorisation d'exploitation est accordée par le ministre sous la condition du respect par l'établissement hospitalier, par son personnel et les prestataires non salariés y liés par un contrat d'agrément, du projet de service tel qu'approuvé par le ministre.

(5) La commission permanente pour le secteur hospitalier est demandée en son avis avant toute autorisation.

Art. 17. Planification des besoins en services hospitaliers

(1) Les besoins du pays en services hospitaliers susceptibles d'être autorisés sont arrêtés conformément au tableau figurant à l'annexe 3 du présent règlement, qui en fait partie intégrante.

(2) Chaque établissement hospitalier ne peut disposer que d'un seul service médical de la même nature; toutefois lorsqu'il s'agit d'un établissement multi-sites une antenne d'un service peut être autorisée aux sites qui n'hébergent pas le service lui-même.

(3) Le choix des établissements dans lesquels pourront être implantés les services se fait en fonction de la disponibilité d'autres services et de compétences médicales indispensables ou utiles à leur fonctionnement.

(4) Les hôpitaux assurent la prise en charge des personnes âgées poly-pathologiques ou fragiles qui sont en situation de risque de perte d'autonomie par un service spécialisé de gériatrie aiguë ainsi que par une équipe mobile de gériatrie. Ils assurent de même une prise en charge des personnes en fin de vie par un service et une équipe mobile en soins palliatifs. Ces services fonctionnent en coordination avec les structures extrahospitalières de prise en charge.

(5) Il y a au maximum une stroke-unit par région hospitalière, intégrée dans un service spécialisé en neurologie. Les services spécialisés de neurologie d'une même région hospitalière concluent obligatoirement une convention de collaboration assurant une filière de soins pour la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux aigus.

Art. 18. Prise en charge ambulatoire et de jour

Les établissements hospitaliers favorisent le virage ambulatoire lorsque ce type de prise en charge peut être réalisé sans perte de qualité pour la prise en charge. Le ministre peut émettre des recommandations relatives à ces admissions.

Art. 19. Pôles ou centres de compétence

Le ministre peut agréer, sur base d'un cahier des charges qu'il établit, un pôle ou centre de compétences composé au tour d'un projet d'association de services ou d'unités fonctionnelles d'un établissement ou de plusieurs établissements.

Section 3 – Equipements hospitaliers

Art. 20. Equipements et appareils coûteux soumis à planification

(1) Sont considérés comme équipements et appareils coûteux nécessitant une planification nationale ou régionale ou exigeant des conditions d'emploi particulières, les équipements et appareils repris à l'annexe 4 du présent règlement et en faisant partie intégrante. Cette annexe fixe aussi le lieu d'installations, ainsi que, s'il y a lieu, les conditions particulières d'implantation et le nombre d'équipements susceptibles d'être autorisés au niveau national.

(2) Le choix des établissements hospitaliers dans lesquels peuvent être installés les équipements prévus au présent article se fait en fonction d'une activité correspondante adéquate, de la participation à un programme d'assurance qualité ainsi que de l'attribution des services dont ils relèvent, pour ce qui est des équipements uniques, et pour ce qui est des autres équipements, de la disponibilité d'autres équipements indispensables ou utiles au fonctionnement de l'équipement à installer. Au cas où plusieurs établissements ou services hospitaliers entreraient en ligne de compte, préférence sera donnée à l'établissement ou au service hospitalier répondant aux meilleurs critères de qualité.

Chapitre 4 – Missions et composition minimales des structures d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières et modalités de coordination nationale de ces structures

Art. 21. Comité d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières

(1) Aux fins d'évaluer le fonctionnement et la qualité des prestations hospitalières offertes, de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens de lutte efficaces contre les infections nosocomiales, les accidents et les événements indésirables, chaque établissement hospitalier se dotera d'un comité d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières.

Le comité fonctionnera sous la responsabilité de l'organisme gestionnaire, qui pourra préciser sa composition, ses missions et les modalités de son fonctionnement, en tenant compte des recommandations et lignes directrices émises par le comité national de coordination de l'assurance qualité dont question à l'article 22 ci-après.

(2) Le comité d'évaluation et d'assurance qualité a au moins pour mission:

- de veiller à la mise en place sous la responsabilité de l'organisme gestionnaire du système de signalement des événements indésirables visé à l'article 23 ci-après;
- de développer et de contribuer à la mise en place sous la responsabilité de l'organisme gestionnaire d'un programme interne de gestion globale et coordonné de la qualité et des risques;

- de faire, s'il y a lieu, des suggestions pour améliorer la sécurité, la gestion des risques, y compris les risques opérationnels, et la qualité de fonctionnement de l'établissement et de ses services, pour améliorer les prises en charge et pour assurer le respect des droits des patients.

Le comité élabore annuellement un rapport sur le bon fonctionnement et la qualité des prestations offertes à l'établissement. Ce rapport est remis à l'organisme gestionnaire et au comité national de coordination dont question à l'article 23 ci-après et transmis en copie au ministre.

(3) Au sein de chaque service hospitalier sont créés parmi les médecins et les professionnels de santé des comités de «peer review» qui procéderont à des évaluations des pratiques professionnelles et des revues de morbidité/mortalité. Ils feront annuellement rapport de leur activité au comité d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières de leur établissement.

(4) Le comité d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières est présidé par le directeur de l'établissement hospitalier et comprend au moins un représentant du conseil médical et le coordonnateur qualité à désigner au sein de chaque établissement.

(5) Le comité d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières des établissements hospitaliers comportant un service national procède au moins tous les trois ans à une évaluation détaillée de ce service national, prenant en compte les pratiques médicales suivies, les soins dispensés et les autres modalités de prise en charge en tenant compte de la filière de prise en charge dans laquelle les activités du service national s'inscrivent et en procédant à la comparaison avec des structures similaires à l'étranger et les meilleures pratiques reconnues dans le domaine de spécialisation du service.

Dans le cadre de cette évaluation, le comité s'adjoit:

- des médecins ou autres professionnels de la santé issus de la filière de prise en charge dans laquelle les activités du service national s'inscrivent;
- au moins un expert issu d'un centre de référence étranger ou des milieux scientifiques, en fonction de l'activité du service national;
- un représentant du ministre et un représentant de la Direction de la santé.

Art. 22. Signalement des évènements indésirables

Chaque établissement met en place un système de signalement et de surveillance des infections nosocomiales, des accidents et autres évènements indésirables, de façon à pouvoir identifier et analyser les incidents, quasi-incident et autres faits dont les conséquences sont ou auraient pu être dommageables, qui révèlent un état réel ou potentiel d'insécurité ou de non-qualité, pour les patients, le personnel, les visiteurs, ou les biens.

Art. 23. Coordination nationale

(1) Il est créé un comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières, qui a comme mission:

- de procéder à la coordination au niveau national des structures hospitalières d'évaluation et d'assurance qualité;
- de procéder à une évaluation commune des évènements indésirables survenus au sein des établissements hospitaliers du pays en vue d'élaborer des recommandations à l'attention des établissements;
- d'élaborer et de diffuser des recommandations à l'attention des établissements, y inclus des lignes directrices pour l'évaluation de la qualité, et d'évaluer l'implémentation de ces recommandations au sein des établissements;
- d'élaborer et de mettre en place un système d'échange et de signalement rapide entre hôpitaux de problèmes de qualité et d'évènements indésirables importants;
- de se prononcer sur toute question de son domaine de compétence, qu'il juge opportune d'examiner ou dont il aura été saisi par le ministre.

(2) Dans l'exécution de sa mission le comité a notamment accès, sous une forme dépersonnalisée, aux données et informations rapportées dans le cadre des systèmes de signalement et de surveillance mis en place en vertu de l'article 22 ci-avant. Il évalue les rapports lui adressés par le Comité d'évaluation et d'assurance qualité hospitaliers et peut demander les précisions qui lui semblent requises.

(3) Le Comité national d'évaluation et d'assurance qualité se compose:

- d'un représentant du ministre ayant la santé dans ses attributions et d'un représentant du ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions;
- du directeur de la santé ou de son représentant et d'un représentant de l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie;
- de quatre représentants des établissements hospitaliers proposés par l'association la plus représentative de leurs intérêts, dont deux représentants des structures d'évaluation et d'assurance qualité mis en place en leur sein;
- de deux médecins agréés au sein d'un établissement hospitalier, désignés par l'organisme le plus représentatif des intérêts du corps médical.

Le Comité national d'évaluation et d'assurance qualité est présidé par le directeur de la santé ou son représentant. Il peut s'adjoindre le conseil d'experts en assurance qualité et de gestion des risques.

(4) Les membres du Comité national d'évaluation et d'assurance qualité sont nommés par le ministre.

Chapitre 5 – Dispositions abrogatoires et finales

Art. 24. Le règlement grand-ducal modifié du 18 avril 2001 établissant le plan hospitalier national est abrogé.

Art. 25. Notre Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale et Notre Ministre du Trésor et du Budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent règlement qui sera publié au Mémorial.

Le Ministre de la Santé
et de la Sécurité sociale,
Mars Di Bartolomeo

Palais de Luxembourg, le 13 mars 2009.
Henri

Le Ministre du Trésor et du Budget,
Luc Frieden

Annexe 1 – Tableau de classification des établissements hospitaliers

Région hospitalière du Sud (RH Sud)	
Centre hospitalier régional (CHR)	
CHEM	Centre Hospitalier Emile Mayrisch
Hôpital de proximité (HP)	
CSM	Clinique Ste. Marie
Région hospitalière du Centre (RH Centre)	
Centres hospitaliers régionaux (CHR)	
CHL	Centre Hospitalier de Luxembourg
HK/Bohler	Hôpital Kirchberg / Clinique Privée Dr E. Bohler
Hôpital général (HP)	
Zitha	ZithaKlinik
Région hospitalière du Nord (RH Nord)	
Centre hospitalier régional (CHR)	
CHN	Centre Hospitalier du Nord (après fusion HSL/CSJ)
Hôpital général (HG)	
HSL	Hôpital St. Louis (avant fusion HSL/CSJ)
Hôpital de proximité (HP)	
CSJ	Clinique St. Joseph (avant fusion HSL/CSJ)
Etablissements spécialisés	
Etablissements de soins aigus à service national	
INCCI	Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle
CFB	Centre National de Radiothérapie François Baclesse
Etablissements de moyen séjour à service national	
CNRFR	Centre National de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation
CHNP	Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique
Autres établissements de moyen séjour	
HIS	Hôpital intercommunal Steinfort
Etablissements de cures thermales et de convalescence	
CTH	Centre thermal et de santé de Mondorf
CCEM	Centre de Convalescence Emile Mayrisch

Annexe 2 – Dotation en lits

2.1 Projection des besoins en lits aigus.

	Lits aigus affectés aux trois régions hospitalières						
	RH Sud		RH Centre			RH Nord	
	CHEM	CSM	CHL	HK / Bohler	Zitha	HSL	CSJ
Base 2001-2007	612	118	579	337 / 68	226	260	82
	730		1210			342	
A partir de 2009	730		1210			342	

Lits aigus affectés aux établissements spécialisés à service national		
Etablissements hospitaliers	2001-2008	A partir de 2009
Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle	15	20
Centre National de Radiothérapie François Baclesse (lits localisés au CHEM à tenir à disposition du CFB)	10	10

2.2 Projection des besoins en lits de moyen séjour.

Planification des lits de moyen séjour		
Etablissements hospitaliers spécialisés à service national	2001-2008	A partir de 2009
Centre National de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation (hors appartements thérapeutiques)	72	72
Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (y compris foyers de transition)	237	237
Etablissements et services de rééducation gériatrique	2001-2008	A partir de 2009
Lits de rééducation gériatrique	105	109*
– dont Hôpital intercommunal de Steinfort	30	
– dont Centre Hospitalier Emile Mayrisch (site Dudelange)	30	
– dont ZithaKlinik, Luxembourg	30	
– dont Hôpital St. Louis, Ettelbruck	15	

* à partir de 2009: 4 lits pour patients neuro-végétatifs à créer au HIS

Etablissements de convalescence	2001-2008	A partir de 2009
Centre de Convalescence Emile Mayrisch de Colpach	100	100

Annexe 3 – Tableau des services hospitaliers
3.1 Services non nationaux:

Services		Nombre maximum		Implantation autorisable			
		2001-2008	A partir de 2009	Type d'hôpital	RH Nord	RH Centre	RH Sud
Services de base	Service mixte médico-chirurgical	2	2	HP ⁷	1	-	1
	Médecine interne	6	5	CHR, HG	1	3	1
	Chirurgie générale	5	5	CHR, HG	1	3	1
Services spécialisés	Service d'urgence	5	5	CHR, HG	1	3	1
	Soins intensifs	6	5	CHR, HG	1	3	1
	Cardiologie	4	5	CHR, HG	1	3	1
	Chirurgie cardio-vasculaire ¹	3	0	CHR, HG	-	-	-
	Chirurgie digestive et vasculaire ¹	0	5	CHR, HG	1	3	1
	Gastro-entérologie	2	5	CHR, HG	1	3	1
	Neurologie ²	3	5	CHR, HG	1	3	1
	Psychiatrie ³	4	5	CHR, HG	1	3	1
	Urologie	4	5	CHR, HG	1	3	1
	Néphrologie-Dialyse	5	5	CHR, HG	1	3	1
	Pneumologie	2	5	CHR, HG	1	3	1
	Traumatologie ⁴	0	5	CHR, HG	1	3	1
	Orthopédie	4	5	CHR, HG	1	3	1
	ORL	3	5	CHR, HG	1	3	1
	Ophthalmologie	4	5	CHR, HG	1	3	1
	Chirurgie plastique et reconstructive	1	5	CHR, HG	1	3	1
	Pédiatrie ⁵	3	4	CHR	1	2	1
	Gynécologie-obstétrique	4	4	CHR	1	2	1
	Gériatrie	0	6	CHR, HG, HP ⁷	1	3	2
	Rééducation gériatrique ⁶	4	4	EH	1	2	1
Oncologie	0	5	CHR, HG	1	3	1	
Soins palliatifs	5	5	CHR, HG	1	3	1	

Observations:

CHR = centre hospitalier régional; HG = hôpital général; HP = hôpital de proximité; EH = tout établissement hospitalier.

¹ Les services autorisés antérieurement comme «services de chirurgie cardio-vasculaire» seront autorisés dorénavant comme «services de chirurgie digestive et vasculaire».

² Une seule stroke unit par région hospitalière. Les services de neurologie sans stroke unit concluent obligatoirement une convention de collaboration en vue de la régulation des cas relevant de ce type de prise en charge.

³ Ce service peut comprendre un hôpital de jour spécifique.

⁴ Ce service doit être implanté sur le site du service d'urgence de l'établissement.

⁵ Les services de pédiatrie peuvent comprendre des lits de néonatalogie non intensive.

⁶ Ce service à lits de moyen séjour peut disposer d'un hôpital de jour spécifique.

⁷ Aucune autorisation d'exploitation pour un hôpital de proximité après le 31 décembre 2013.

3.2 Services nationaux:

Services	Nombre maximum		Type de structure	Lits à disposition ²
	2001-2008	A partir de 2009		
Cardiologie interventionnelle et chirurgie cardiaque ¹	1	1	EHS	20 (INCCI)
Radiothérapie	1	1	EHS	10 (CHEM site Esch)
Rééducation fonctionnelle	1	1	EHS	72 (CNRF)
Réhabilitation psychique	1	1	EHS	237 (CHNP)
Psychiatrie infantile ¹	1	1	CHR	8
Psychiatrie juvénile ¹	1	1	CHR	15
Néonatalogie intensive ¹	1	1	CHR	10
Soins intensifs pédiatriques ¹	1	1	CHR	4
Chirurgie infantile ¹	1	1	CHR	10
Procréation médicalement assistée	1	1	CHR	1
Neurochirurgie ¹	1	1	CHR	15
Maladies infectieuses et tropicales ¹	1	1	CHR	10
Onco-hématologie ¹	1	1	CHR	5
Immuno-Allergologie	1	1	CHR	3
Oxygénothérapie ¹	0	1	CHR	3

Observations:
 CHR = centre hospitalier régional; EHS = établissement hospitalier spécialisé
¹ Ces services participent en permanence au service de garde des hôpitaux.
² Minimum de lits à tenir à disposition des services nationaux par les CHR et compris dans le total des lits aigus leur attribués.

Annexe 4 – Tableau des équipements et appareils soumis à planification

Projection des besoins en équipements et appareils coûteux nécessitant une planification nationale ou régionale ou exigeant des conditions d'emploi particulières:

Type d'appareil ou équipement	Nombre maximum		Lieu d'implantation autorisable
	2001-2008	A partir de 2009	
Equipement de coronarographie par cathétérisme	2	2	Service national de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque
Ensemble de dispositifs de radiothérapie	1	1	Service national de radiothérapie
Tomographe à émission de positrons	1	1	CHR ou HR disposant d'une entité de médecine nucléaire
Caisson d'oxygénothérapie hyperbare	1	1	Service national d'oxygénothérapie
Equipement de lithotritie extracorporelle	1	1	CHR disposant d'un service de néphrologie/ dialyse
Equipement pour mesure de la densité osseuse selon le procédé DXA	1	1	CHR ou HR disposant d'une compétence en rhumatologie
Prone-table	1	1	CHR disposant d'un service d'oncologie et participant activement au programme mammographie
Equipements de neurochirurgie pour stéréotaxie neurologique et endoscopie intra ventriculaire	1	1	Service national de neurochirurgie
Equipements servant à la fécondation in-vitro	1	1	Service national de procréation médicalement assistée
Dossier patient informatisé en milieu hospitalier	-	-	Participation financière à des projets à portée nationale visant l'interopérabilité des systèmes d'information des établissements hospitaliers ou visant l'échange de données de santé avec des systèmes d'information extrahospitaliers

Annexe 5 – Activités-emplacement

Constituent des emplacements au sens de l'article 2 d) les lits ou places situés dans une enceinte fonctionnelle distincte, exclusivement à disposition des patients pour les prises en charge ambulatoires nécessitant une présence médicale et une prise en charge particulière et continue par du personnel spécifiquement qualifié pendant une durée généralement inférieure à 12 heures, destinés aux activités suivantes:

- actes chirurgicaux ou interventionnels nécessitant une surveillance post-interventionnelle;
- prises en charge de dialyse;
- activités de jour en psychiatrie (adulte, juvénile et infantile) en gériatrie et en rééducation gériatrique;
- traitements ambulatoires réservés au milieu hospitalier, dont certaines transfusions et chimiothérapies.