

Fédération des hôpitaux luxembourgeois

Convention entre la Caisse nationale de santé et la Fédération des hôpitaux luxembourgeois, conclue en exécution de l'article 74 et suivants du Code de la sécurité sociale

Texte coordonné applicable à partir du 01.01.2019

La consolidation consiste à intégrer dans un acte juridique ses modifications successives, elle a pour but d'améliorer la transparence du droit et de le rendre plus accessible.

Ce texte consolidé a uniquement une valeur documentaire. Il importe de noter qu'il n'a pas de valeur juridique.

Historique

Mémorial		Modifications	Mise en vigueur
1.	Mémorial A n° 30 du 25.02.2013	<ul style="list-style-type: none">nouvelle convention	01.01.2013
2.	Mémorial A n° 266 du 30.12.2014	<ul style="list-style-type: none">Annexe 1	01.01.2015
3.	Mémorial A n° 152 du 03.08.2016	<ul style="list-style-type: none">Articles 46 et 47Article 47bis (nouveau)	01.01.2017
4.	Mémorial A n° 304 du 10.05.2019	<ul style="list-style-type: none">Annexe 1	01.01.2019

Sommaire

Préambule

Titre I - Etendue de la convention		articles 1 - 3
Titre II - Etablissement du budget hospitalier	Chapitre 1 - Principes généraux	articles 4 - 8
	Chapitre 2 - Dispositions particulières à certains types de frais	articles 9 - 21
	Chapitre 3 - Etablissement et présentation des budgets	articles 22 - 24
Titre III - Normes de personnel		articles 25 - 26
Titre IV - Investissements hospitaliers		articles 27 - 29
Titre V - Exécution du budget		articles 30 - 31
Titre VI - Rectification du budget		articles 32 - 36
Titre VII - Décompte de fin d'exercice		article 37
Titre VIII - Excédents de recettes		articles 38 - 41
Titre IX - Commission des budgets hospitaliers		articles 42 - 44
Titre X - Informations hospitalières		articles 45 - 47bis
Titre XI - Délivrance de fournitures dans le secteur hospitalier		article 48
Titre XII - Autres dispositions		articles 49 - 54

Annexes

Annexe 1 - Règles de comptabilité générale et analytique
Annexe 2 - Détermination du salaire moyen budgétisé pour le calcul de la masse salariale des postes accordés au 31.12.n-1
Annexe 3 - Détermination du coût supplémentaire d'une chambre individuelle
Annexe 4 - Règles d'établissement du budget
Annexe 5 - Schéma de présentation du budget
Annexe 6 - Décompte des unités d'œuvre non opposables
Annexe 7 - Indicateurs

Titre I - Etendue de la convention

Champ d'application

Article 1. La présente convention s'applique aux hôpitaux, aux établissements hospitaliers spécialisés ainsi qu'aux établissements d'accueil pour personnes en fin de vie tels que visés par la loi modifiée du 28 août 1998, appelés par la suite établissements, d'une part, et à la CNS en tant qu'établissement public chargé de la prise en charge des prestations du secteur hospitalier dans la limite des dispositions légales, réglementaires et statutaires, ainsi qu'à l'association d'assurance contre les accidents, d'autre part.

Personnes protégées

Article 2. La présente convention couvre les personnes protégées en vertu du livre premier du code de la sécurité sociale par une des caisses de maladie énumérées à l'article 44 du même code, ainsi que celles protégées par les régimes d'assurance légaux des pays avec lesquels le Grand-Duché de Luxembourg est lié par des instruments bi- ou multilatéraux de sécurité sociale. Elle couvre pareillement les personnes assurées contre les risques d'accidents et de maladie professionnels en vertu du livre II du code de la sécurité sociale.

Article 3. La présente convention couvre l'activité budgétisée des établissements hospitaliers soumise au mécanisme de l'enveloppe budgétaire globale et la fourniture au secteur extrahospitalier de médicaments et de dispositifs médicaux pour le traitement de patients à domicile. L'activité extrahospitalière des laboratoires hospitaliers est régie par la convention liant la CNS aux laboratoires d'analyses médicales.

Les actes et services prestés par des professionnels de santé en exercice libéral, à l'exclusion des médecins et des médecins-dentistes, pour des patients admis dans le cadre d'une prise en charge hospitalière stationnaire ou ambulatoire sont couverts par le budget de l'établissement.

Titre II - Etablissement du budget hospitalier

Chapitre 1 - Principes généraux

Définitions

Article 4.

4-1: Budgets

Le terme «budget spécifique» détermine le budget individuel de chaque établissement hospitalier.

Le terme «budget interne» détermine le budget intégral de l'établissement regroupant toutes les charges et produits prévisibles, indépendamment de leur opposabilité à la CNS.

Le terme «budget externe» détermine la partie du budget intégral qui est opposable à la CNS, ci- après dénommé budget.

4-2: Centres de frais

Il existe quatre types de centres de frais:

1. Centre de frais auxiliaire

Le terme «centre de frais auxiliaire» désigne un centre de frais de l'établissement dont l'essentiel de l'activité sert à d'autres centres de frais et dont les coûts sont en leur totalité réimputés sur d'autres centres de frais.

Le terme «unités de production» désigne les prestations d'un centre de frais.

2. Entité fonctionnelle

Le terme «entité fonctionnelle» désigne un centre de frais de l'établissement qui facture des prestations à la CNS. Elle peut se composer d'un ou de plusieurs centres de frais principaux.

Le terme «unités d'oeuvre» désigne les prestations d'une entité fonctionnelle.

3. Centre de frais opposable hors budget

Le terme «centre de frais opposable hors budget» désigne un centre de frais de l'établissement dont les coûts sont pris en charge par la CNS en dehors du budget externe.

4. Centre de frais non opposable

Le terme «centre de frais non opposable» regroupe tous les charges et produits non pris en charge par la CNS.

4-3: Autres définitions

Les termes «frais directement proportionnels à l'activité» et «frais variables» sont synonymes.

Les termes «frais non liés à l'activité» et «frais fixes» sont synonymes.

Est considéré comme séjour en milieu hospitalier tel que visé aux articles 7, alinéa 2, des nomenclatures des actes et services des médecins et médecins-dentistes, toute occupation effective d'un lit par un patient dans une unité de soins ou d'une place de surveillance.

Enveloppe globale

Article 5. L'enveloppe budgétaire globale définie à l'article 1er du règlement grand-ducal précisant les règles d'établissement de l'enveloppe budgétaire globale et des budgets spécifiques des établissements ainsi que les éléments à inclure de façon forfaitaire se compose des éléments suivants:

1. les douzièmes pour frais fixes et les montants pour frais variables
2. la prime annuelle
3. les montants complémentaires destinés à couvrir les indemnités de garde des médecins et les pensions complémentaires aux soeurs retraitées
4. la réserve pour imprévus.

La réserve pour imprévus qui ne peut être supérieure à 2% de l'enveloppe budgétaire globale est destinée à répondre à un dépassement:

- du nombre d'unités d'oeuvre négocié
- des tarifs négociés, suite à une rectification ou au décompte
- des douzièmes négociés, suite à une rectification ou au décompte
- de la prime annuelle.

En application de l'article 6 de la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé et compte tenu de l'exclusion de l'activité extrahospitalière des laboratoires hospitaliers à partir du 1er avril 2011, l'enveloppe budgétaire globale est fixée à 105.660.000 € au nombre indice cent du coût de la vie pour 2011 et à 108.306.000 € au nombre indice cent du coût de la vie pour 2012.

Forfaits

Article 6. Les budgets spécifiques des établissements se composent de forfaits déterminés de façon uniforme pour tous les établissements et de montants spécifiques aux établissements.

Les forfaits sont établis suivant des règles convenues entre parties et peuvent couvrir tout ou partie des frais pour immeubles et équipement et des frais de gestion d'une entité fonctionnelle ou tout ou partie des frais d'un centre de frais auxiliaire, à l'exclusion des frais d'amortissement et des frais financiers.

Lorsque les forfaits sont censés couvrir des frais de personnel, des mesures transitoires sont à prévoir afin de respecter les obligations découlant des conventions collectives de travail.

Le calcul des forfaits sera effectué selon les modalités élaborées par la commission technique financière prévue à l'article 24.

Procédure de négociation

Article 7. Les années paires, tout établissement visé par la présente convention établit son propre budget pour chacun des deux exercices suivants et les soumet à la CNS au plus tard pour le 1er juillet.

La CNS dresse un tableau synthétique des demandes budgétaires individuelles et des activités prévisionnelles des établissements à l'intention de l'Inspection générale de la sécurité sociale pour le 15 juillet au plus tard. Avant la communication du tableau synthétique à l'IGSS, les demandes sont revues dans le cadre d'une réunion de concertation entre la FHL et la CNS. Le volet relatif aux effets intervenus ou prévisibles de l'accord salarial CCT-FHL sera identifié de façon spécifique dans le tableau synthétique dressé par la CNS. Il en sera de même de tout élément venant s'ajouter aux éléments composant l'enveloppe budgétaire globale. Lorsqu'il y a différence de vues entre la FHL, un établissement individuel et la CNS, les explications de l'établissement sont annotées au tableau synthétique.

Dans la première semaine suivant la fixation des taux d'évolution des enveloppes budgétaires globales par le Gouvernement, la FHL et la CNS procèdent à une réunion de concertation en vue d'arrêter les principes devant gouverner les négociations individuelles. En cas de désaccord entre la FHL et la CNS sur les mesures appropriées pour garantir le respect des enveloppes budgétaires globales, la CNS saisit la Commission des budgets avant le 15 octobre. La Commission des budgets tranche définitivement avant le 1er novembre.

Les budgets individuels sont négociés entre la CNS et chaque établissement dans le respect des enveloppes budgétaires globales, des principes généraux convenus entre la FHL et la CNS et, le cas échéant, de la décision de la Commission des budgets.

Règles comptables

Article 8. L'exercice budgétaire commence le 1er janvier et finit le 31 décembre de chaque année civile.

Les établissements s'engagent à appliquer les règles de comptabilité générale et analytique fixées par la CNS et reprises à l'annexe 1.

Chapitre 2 - Dispositions particulières à certains types de frais

Frais de personnel

Article 9. Le montant des frais de personnel pris en charge par la CNS résulte du salaire moyen et du nombre d'équivalents temps plein (ETP) budgétisés.

Le nombre d'ETP budgétisés est déterminé conformément aux normes établies par la commission visée à l'article 26 ou, en l'absence de norme, par négociation individuelle.

Le minimum entre le salaire moyen réel et le salaire moyen budgétisé de l'exercice n-1 constitue la base de calcul pour le salaire moyen budgétisé de l'exercice n+1 et n+2. Le salaire moyen réel est déterminé en divisant le montant des frais de personnel réels opposables par la moyenne mensuelle du nombre d'ETP réels opposables de l'exercice en question. Le modèle d'adaptation du salaire moyen entre l'exercice n-1 et les exercices n+1 et n+2 est détaillé à l'annexe 2.

La méthode de détermination du nombre moyen d'ETP réels est également détaillée à l'annexe 2.

Le salaire moyen opposable à la CNS comprend:

- les salaires et traitements bruts, les suppléments de salaire et les indemnités pour service de permanence découlant des conventions collectives de travail
- les primes de responsabilité et les primes de fonction
- les contributions légales patronales à la sécurité sociale, à l'exclusion des cotisations à la Mutualité des employeurs
- les frais relatifs à la protection de la santé du personnel en relation avec l'activité professionnelle
- les vêtements de travail et autres avantages en nature prévus au niveau des conventions collectives
- les charges découlant de régimes de pension légaux, réglementaires ou découlant des conventions collectives de travail
- les charges découlant de régimes de pension complémentaires instaurés de manière contractuelle sous condition que les personnes concernées aient bénéficié des engagements avant le 1.1.1992
- les indemnités de stage.

Les rémunérations du personnel non régi par les conventions collectives sont opposables à la CNS. Elles ne peuvent cependant justifier une demande de rectification du budget. Il en va de même des primes de responsabilité, primes de fonction et autres éléments pour lesquels la convention collective de travail laisse un degré de liberté dans la fixation du montant à l'employeur.

Les remboursements sur salaires sont portés en déduction des frais de personnel pour la détermination du salaire moyen, à l'exclusion des remboursements de la Mutualité des employeurs.

Les frais de formation continue sont exclus du salaire moyen et sont fixés à 0,5% du montant budgétisé pour frais de personnel des professions de santé et à 0,19% du montant budgétisé pour frais de personnel des autres professions, sauf accord spécifique avec la CNS.

Une sous-utilisation budgétaire inférieure à 1% ne donnera pas lieu à une rectification du budget accordé.

Loyers et crédit-bail (leasing)

Article 10. La CNS prend en charge les loyers et autres frais locatifs pour immeubles et infrastructures (équipements fixes) amortissables jusqu'à concurrence des frais d'amortissement de ceux-ci. Un loyer dépassant les frais d'amortissement ne peut être accepté qu'à titre exceptionnel pour une période maximale de deux ans. Ce délai est renouvelable à condition qu'un projet d'investissement, remédiant à la situation exceptionnelle, soit soumis pour autorisation au Ministère de la santé.

Le recours au leasing ou tout autre moyen de financement peut être accepté pour des équipements informatiques, bureautiques ou médico-techniques selon une liste à définir par la Commission technique d'investissement prévue à l'article 29 de la présente convention (ex.: contrats de performance).

Cotisations à la FHL

Article 11. La CNS prend en charge les cotisations à la FHL inscrites dans les budgets hospitaliers.

Les cotisations comprennent les frais de fonctionnement de la FHL à l'exclusion des frais relatifs à des projets particuliers communs aux établissements qui sont pris en charge conformément à l'article 12 de la présente convention.

En cas de litige au sujet du montant global des cotisations inscrites dans les budgets hospitaliers, la partie la plus diligente respectivement de la FHL et de la CNS pourra saisir la Commission des budgets tel qu'il est prévu à l'article 44 de la présente convention.

Organisation nationale des activités

Article 12. Pour les activités administratives, logistiques et auxiliaires médicales, la prise en charge peut être subordonnée à une organisation nationale des activités visées.

La commission technique financière prévue à l'article 24 est en charge d'identifier les activités concernées et d'élaborer des propositions. Une organisation nationale des activités sera proposée chaque fois qu'une telle organisation permettra de réaliser, à qualité au moins égale, des économies ou d'offrir, à coût au plus égal, une meilleure qualité.

Il est d'ores et déjà convenu que la Commission technique financière élaborera des approches de mutualisation pour les activités suivantes:

- informatique
- laboratoires

- achat commun

Chaque projet de mutualisation fera l'objet d'un contrat d'objectifs et de moyens entre la FHL et la CNS.

La prise en charge des frais relatifs à ces activités se fera sous la forme d'achat de prestations appelées «activités nationales» inscrites dans les budgets hospitaliers.

L'organisation de ces activités pourra se faire indifféremment à la FHL, dans les établissements hospitaliers ou dans toute autre structure apportant un support ou service à l'activité hospitalière.

Intérêts débiteurs et créditeurs

Article 13. Les intérêts débiteurs des emprunts contractés par un établissement en vue d'investissements opposables dans les éléments amortissables de l'actif sont imputés aux centres de frais concernés et pris en charge par la CNS dans la mesure où la trésorerie de l'activité hospitalière est insuffisante, compte tenu des besoins de la gestion courante et des projets d'investissement dans la partie non opposable de l'établissement.

Les frais financiers découlant des emprunts pour projets d'investissement subventionnés par l'Etat sont pris en charge indépendamment de la situation de trésorerie de l'établissement. Le montant emprunté ne peut pas excéder 20% du montant opposable autorisé pour le projet en question auquel est ajouté le montant des intérêts courus et capitalisés depuis le commencement des travaux jusqu'à la finalisation de l'emprunt. L'emprunt doit être finalisé au plus tard au moment du commencement de l'amortissement des éléments financés par l'emprunt en question.

L'établissement veillera à ce que la durée des emprunts dont il oppose les frais financiers à la CNS, contractés à partir de l'entrée en vigueur de la présente convention, corresponde à la durée d'amortissement des acquisitions financées par l'emprunt en question. Les remboursements se feront obligatoirement par mensualités fixes en capital.

Tous les autres intérêts créditeurs et débiteurs restent sans considération lors de l'établissement du budget externe.

Dotations aux amortissements

Article 14. Doivent être amortis tous les éléments de l'actif immobilisé dont le prix d'acquisition est supérieur ou égal à 870.- €, TVA comprise. Ne font pas l'objet d'un amortissement les immobilisations en cours ou acomptes versés et les terrains.

Doivent être amortis tous les travaux et acquisitions n'étant pas à considérer en tant que travaux d'entretien ou de réparations.

L'amortissement prend cours au plus tard le premier du mois qui suit le mois au cours duquel les deux conditions suivantes ont été réalisées: l'actif a été mis en état d'exploitation effective et son coût total est connu.

L'amortissement des nouvelles acquisitions est pris en charge sur base d'un échancier établi par la CNS, conformément aux règles du plan comptable et en fonction de ce qui aura été convenu en cas de situation spécifique.

En cas de mise hors service d'un bien non encore entièrement amorti, les parties conviendront de la prise en charge de la valeur résiduelle.

D'importants projets de construction peuvent être subdivisés en plusieurs parties exploitables, les parties achevées et exploitées pouvant être amorties selon les règles exposées dans ce qui précède.

Dotations aux provisions

Article 15. Les dotations aux provisions effectuées par l'établissement ne sont pas opposables à la CNS.

Recettes à porter en déduction

Article 16. Sont à déduire des frais opposables au sens de l'article 74 du CSS:

à déduire au niveau des centres de frais concernés.

- la participation à charge des assurés, à déduire au niveau des frais variables opposables des entités fonctionnelles concernées
- les subventions d'exploitation, à déduire au niveau des frais fixes des centres de frais concernés
- l'amortissement des subventions d'investissement, à déduire au niveau des frais fixes des centres de frais concernés
- les recettes sur vente de déchets, articles usés et produits utilisés, à déduire au niveau des frais variables des centres de frais concernés
- les participations du personnel, subsides et toute autre recette en relation avec certains services rendus au personnel prévus dans les conventions collectives, notamment:
 - cantine
 - logements
 - crèche

Prestations non opposables

Article 17. Les frais liés aux prestations définies dans le présent article ne sont pas opposables à l'assurance maladie et sont imputés vers les centres de frais non opposables. A défaut de conventions spécifiques, les prestations en question font l'objet d'une libre facturation aux personnes ou institutions qui en bénéficient. Les charges et produits engendrés par ces prestations ne font pas partie du budget externe.

Les prestations non opposables à l'assurance maladie au sens de l'article 74, alinéa 5 du CSS sont les suivantes:

Les prestations rendues à titre de convenance personnelle font l'objet d'une facturation supplémentaire à charge du patient sous condition que celui-ci ait été informé préalablement des tarifs qui lui seront facturés et de leur non-opposabilité à l'assurance maladie.

L'assuré a droit à une hospitalisation sans supplément à sa charge dans les limites des chambres disponibles.

- les prestations rendues à des personnes non protégées au sens de l'article 2 de la présente convention

- les prestations rendues à des personnes protégées, mais exclues de l'objet de l'assurance maladie.

Sont à considérer comme prestations exclues de l'objet de l'assurance maladie les prestations non prises en charge d'après la législation, réglementation et statuts en vigueur, notamment: hébergement, chirurgie esthétique (sauf accord du contrôle médical et sauf complication engendrée du fait du premier traitement), ...

- les prestations rendues à des personnes protégées à titre de convenance personnelle
 - hospitalisation en chambre individuelle

Sont non opposables les frais supplémentaires correspondant à une occupation en chambre individuelle par rapport à une occupation en chambre à deux lits.

- locations de confort
- télécommunications

Sont non opposables les frais liés à l'installation, l'entretien et l'utilisation d'équipements de télécommunication, au prorata de l'utilisation par les patients.

- les services dans l'intérêt des médecins, notamment
 - locaux occupés entièrement ou partiellement par les médecins pour leurs activités libérales (consultations, secrétariat, ...)
 - secrétaires médicaux au service des activités libérales des médecins
 - bibliothèque scientifique médicale ainsi que frais pour recherches bibliographiques, etc. à l'usage privé des médecins
 - recherche médicale
- les services dans l'intérêt des autres professions de santé en pratique libérale, notamment
 - locaux occupés entièrement ou partiellement par les professionnels de la santé pour leurs activités libérales (consultations, secrétariat, ...)
 - secrétaires au service des professionnels de la santé en pratique libérale
- les prestations des laboratoires hospitaliers pour le milieu exatrahospitalier
- l'école, pour autant que sa prise en charge est réglée par voie législative ou réglementaire
- les services d'appui prestés par des centres de frais auxiliaires dans l'intérêt d'autres établissements budgétisés, tels que services informatiques, administratifs, ménagers/hôteliers ou techniques. Ces services sont facturés aux coûts résultant de la cascade analytique des frais.
- les services dans l'intérêt d'autres tiers, notamment
 - cafétéria ouverte au public
 - locaux loués (kiosque, magasin de fleurs, salon de coiffure, ...)
 - repas sur roues
 - services rendus à des établissements autres que des établissements hospitaliers (maisons de retraite, de soins, ...).

Supplément pour hospitalisation en chambre individuelle

Article 18. L'établissement peut facturer un supplément pour hospitalisation en chambre individuelle, si la chambre comporte au minimum:

- un lavabo individuel à eau froide et chaude
- une toilette individuelle ou à usage concomitant pour deux chambres

- un équipement d'appel électronique
- une surface utilisable de 11 m², salle de bains et toilette non comprises

Le supplément n'est pas dû, lorsque la chambre individuelle est occupée par

- un patient pour des raisons médicales
- un membre du personnel pour autant que la convention collective de travail lui accorde le droit à une chambre individuelle sans supplément.

Définition du niveau de prise en charge maximal

Article 19. Pour l'hospitalisation dans les chambres ne rentrant pas dans la définition de la chambre individuelle avec supplément, la CNS prend en charge un confort jusqu'à concurrence de l'équipement suivant:

- un ou plusieurs lavabos
- une toilette
- une douche
- un équipement d'appel électronique infirmier avec radio intégrée.

Tout confort supplémentaire fait l'objet d'un supplément à charge du patient qui doit en être informé au préalable.

Détermination du coût supplémentaire d'une chambre individuelle avec supplément

Article 20. Le coût supplémentaire d'une chambre individuelle avec supplément, visé à l'article 18, est égal à la différence entre les frais moyens d'hospitalisation par journée- patient en chambre individuelle avec supplément et en chambre autre. Cette différence doit être établie pour les frais fixes et se base sur le calcul de l'écart, par site (pour les établissements multi-sites), entre la surface en m² d'une chambre individuelle donnant droit à un supplément et la surface en m² d'une chambre autre.

Le détail des modalités de calcul du coût supplémentaire est spécifié à l'annexe 3.

Prestations prises en charge individuellement

Article 21. Certains médicaments, implants, prothèses, transplants et frais connexes à coût élevé ou prescrits de façon irrégulière et imprévisible peuvent être pris en charge individuellement sur proposition de l'établissement demandeur avec l'accord de la CNS.

Chapitre 3 - Etablissement et présentation des budgets

Activité prévisible

Article 22.

Le budget est établi sur base de l'activité prévisible de l'établissement pour chaque exercice budgétaire de la période à venir. A cet effet, l'établissement procède à une estimation du nombre d'unités de production dans les centres de frais principaux et détermine le nombre d'unités de production dans les centres de frais auxiliaires sur base de relations fonctionnelles.

L'estimation de l'activité prévisible dans les centres de frais principaux se fonde sur les statistiques hospitalières des trois exercices antérieurs. Elle est ajustée en fonction des changements structurels prévisibles par l'administration de l'hôpital.

Les unités de production prestées par un hôpital pour des patients hospitalisés dans un autre hôpital font partie de l'activité de l'hôpital qui les produit effectivement.

Les règles d'établissement des budgets sont précisées à l'annexe 4.

Présentation du budget

Article 23. Le budget est présenté suivant le schéma repris à l'annexe 5 de la présente convention.

L'établissement fournit en même temps:

- le tableau du personnel suivant les fonctionnalités
- le tableau du personnel suivant les carrières de la CCT
- le tableau des nouvelles acquisitions et des biens amortis de façon accélérée
- le tableau des emprunts
- le plan actualisé des centres de frais.

Le schéma de présentation et les tableaux d'informations sont précisés et complétés par une circulaire de la CNS, envoyée aux établissements avant le 31 mars de l'exercice précédant ceux pour lesquels les budgets sont arrêtés.

Commission technique financière

Article 24. Il est institué une commission technique financière paritaire composée de trois représentants effectifs de la FHL et de trois représentants effectifs de la CNS. Les membres de la commission peuvent, le cas échéant, se faire assister par des membres du personnel des établissements concernés, des membres des autres commissions paritaires instituées en vertu de la présente convention ou des experts externes à charge de la CNS.

La commission est notamment chargée

- d'établir bi-annuellement la liste des détails à fournir par les établissements hospitaliers avec le budget
- d'établir les modalités de calcul des forfaits tels que définis à l'article 6, après avis de la commission des normes prévue à l'article 26
- d'arrêter les règles concernant l'échange de données par voie électronique entre les établissements hospitaliers et la CNS
- d'établir les modalités de répartition des enveloppes pour investissements courants
- de proposer des solutions pour les problèmes en relation avec le plan comptable et la comptabilité analytique.

Titre III - Normes de personnel

Principes généraux

Article 25. Les frais de personnel à charge de la CNS sont négociés sur la base de normes de dotation en personnel établies selon une méthodologie uniforme pour tous les établissements.

Le niveau des activités par entité fonctionnelle détermine la dotation en personnel de ces entités. Les dotations en personnel de soins sont calculées conformément à une méthodologie tenant compte de la sécurité du patient et de la qualité des soins.

Les normes de dotation en personnel dans les centres de frais principaux, à l'exception des laboratoires, reposent sur le temps requis pour le traitement diagnostique et/ou thérapeutique du malade. La norme de dotation en personnel des laboratoires est fonction des techniques employées, du type et du nombre d'analyses à effectuer dans le respect de l'assurance qualité des laboratoires.

Les normes en matière de personnel de soins sont établies en s'orientant sur la méthode PRN.

Chaque fois qu'un paramètre de calcul de la dotation doit être modifié ou si un facteur de correction doit être introduit, cette modification, voire adaptation, doit être validée en Commission des normes.

Commission des normes

Article 26. Il est institué une commission des normes de dotation en personnel, composée de trois représentants effectifs de la FHL et de trois représentants effectifs de la CNS. Les membres de la commission peuvent, le cas échéant, se faire assister par des experts à charge de la CNS ou par des membres du personnel des établissements concernés.

La commission établit la méthodologie uniforme relative aux normes de dotation en personnel et veille à l'actualisation des normes. Elle pourra faire procéder à des enquêtes périodiques dans les établissements, afin de déterminer les temps requis et donné par type d'activité.

Titre IV - Investissements hospitaliers

Types d'investissements

Article 27. Il est distingué entre cinq types d'investissements:

- les investissements subventionnés par l'Etat pour lesquels la CNS prend en charge 20%, les autres 80% étant subventionnés par l'Etat
- les investissements opposables négociés individuellement avec la CNS
- les investissements à aviser favorablement par la Commission technique d'investissement FHL-CNS
- les investissements non soumis à autorisation, ni de la part du Ministère, ni de la part de la CNS (budget d'investissement courant)
- les investissements non opposables.

Budget d'investissement courant

Article 28. Chaque établissement a droit à une enveloppe individuelle pour investissements courants.

Les investissements courants comprennent les investissements dans la partie opposable de l'établissement, à l'exclusion des investissements subventionnés par l'Etat et des investissements tombant dans le champ d'application de la Commission technique d'investissement spécifiée à l'article 29.

Les modalités de répartition des enveloppes pour investissements courants sont établies par la Commission technique financière instaurée en vertu de l'article 24.

Le solde des enveloppes pour investissements courants est reportable d'année en année.

Commission technique d'investissement

Article 29. Il est institué une commission technique d'investissement, composée de trois représentants effectifs de la FHL et de trois représentants effectifs de la CNS.

La commission effectue une évaluation des projets d'investissement non subventionnés dans les domaines médicotechnique et informatique suivant une liste établie par la commission.

Elle doit en outre prévoir des standards communs

- sur le plan technique en ce qui concerne les mises en conformité et d'entretien des infrastructures accueillant les nouveaux équipements, la maintenance des équipements, les modalités de renouvellement des équipements (cycle de vie)
- sur le plan des modalités de prise en charge (enveloppe concernée, montage financier, etc.).

La commission peut se faire assister d'experts ou commanditer des études auprès de centres de recherche nationaux ou étrangers à charge de la CNS.

Titre V - Exécution du budget

Liquidation du budget des frais fixes

Article 30. Les frais fixes opposables sont liquidés à raison d'un douzième du budget annuel pour chaque mois de l'année. Les versements sont effectués par la CNS au profit de chaque établissement sur un compte en banque ou C.C.P. avec une date-valeur créditeur dans les dix premiers jours de calendrier du mois.

Versement des frais variables

Article 31. Les frais variables opposables sont remboursés par la CNS sur présentation par l'établissement d'une facture mensuelle récapitulative reprenant les unités d'oeuvre réalisées par patient. Les remboursements se font en bloc au plus tard 30 jours après la présentation de la facture mensuelle.

Le versement est accompagné d'un relevé mensuel récapitulatif des nombres d'unités d'oeuvre payées par entité fonctionnelle et d'une liste des refus.

En cas de retard de paiement dépassant deux mois, un paiement d'avances est mis en place. Le montant de l'avance est fixé à 90% du montant facturé.

Titre VI - Rectification du budget

Généralités

Article 32. Les budgets ne peuvent être rectifiés que dans les cas prévus par la présente convention et dans la limite imposée par l'enveloppe globale.

On distingue deux types de rectifications: la rectification générale et la rectification individuelle, selon qu'elle concerne tous les établissements ou un établissement seulement.

Procédure

Article 33. La partie la plus diligente respectivement de la FHL en cas de rectification générale, de l'établissement en cas de rectification individuelle ou de la CNS notifie à l'autre partie sa demande de rectification du budget. Cette demande doit comporter une liste des postes du budget concernés, les facteurs de correction à appliquer ainsi qu'une argumentation dûment documentée.

L'établissement ou la FHL peuvent saisir la CNS d'une rectification au plus tard pour le 30 avril de l'année suivant celle pour laquelle le budget avait été établi. Pour la CNS, le délai de saisine est également fixé au 30 avril.

La rectification du budget en cours d'exercice est arrêtée endéans le mois qui suit la saisine. La rectification de budget prévue après la fin de l'exercice est arrêtée au moment du décompte.

En cas de litige, il sera procédé conformément à l'article 42 et suivants de la présente convention.

Effets de la rectification

Article 34. Lorsqu'une rectification touchant les frais fixes budgétisés a lieu en cours d'exercice, les douzièmes restant à courir sont adaptés de manière à ce que le total des douzièmes déjà échus et des douzièmes à courir soit égal au budget des frais fixes rectifié. Les douzièmes adaptés restant à courir sont identiques.

Lorsqu'une rectification touchant les frais fixes budgétisés a lieu après la fin de l'exercice, la rectification est intégrée dans le décompte de fin d'exercice.

Si la rectification a trait aux frais variables, le tarif ne peut être adapté que pour le deuxième exercice de la période budgétaire de deux années. La demande est à introduire pour au plus tard le 30 novembre. La décision de la CNS doit intervenir pour au plus tard le 31 décembre de l'année en cours.

Le redressement des frais variables concernant la période en cours ne sera pris en considération que lors du décompte de fin d'exercice.

Rectification générale

Article 35. Les causes pouvant justifier une rectification générale de plein droit sont les suivantes:

- des contraintes nouvelles imposées aux parties signataires par des lois ou des règlements
- une déviation par rapport à la date estimée de l'adaptation des salaires suite à l'évolution de l'échelle mobile des salaires
- des modifications de la convention collective de travail entraînant des charges supplémentaires, sous réserve d'une procédure de consultation FHL-CNS préalable à la négociation de la convention collective.

En outre, une rectification générale peut être demandée pour les causes suivantes:

- une variation significative au niveau du prix des fournitures énergétiques, des produits pharmaceutiques ou des articles à usage médical
- un changement considérable et imprévu du volume des fournitures énergétiques dû à des phénomènes météorologiques
- une refixation des cotisations FHL suite à un accord FHL-CNS.

Rectification individuelle

Article 36. Les causes pouvant justifier une rectification individuelle sont les suivantes:

- une variation significative au niveau du prix des fournitures énergétiques, des produits pharmaceutiques ou des articles à usage médical
- une variation au niveau du coût salarial compris dans les majeurs contrats de services, due à un changement de l'indice du coût de la vie, un changement du salaire social minimum ou un changement dans la CCT des prestataires de service
- une modification structurelle ou organisationnelle des activités hospitalières
- un changement considérable et imprévu du volume d'activité
- une sous-dotation en personnel par rapport au personnel budgétisé dépassant 1% en moyenne annuelle.

TITRE VII. Décompte de fin d'exercice

Article 37. Les établissements doivent fournir à la CNS les éléments suivants concernant le décompte et la rectification en fin d'exercice pour au plus tard le 31 mars de l'exercice suivant celui faisant l'objet du décompte:

- la pondération RCAM des unités d'oeuvre non opposables
- le tableau des fonctionnalités reprenant le nombre d'ETP réels
- l'argumentaire pour les demandes de rectification en fin d'exercice
- les extraits de compte ou le relevé de l'institut bancaire des intérêts payés sur emprunts accordés.

Sont à fournir pour au plus tard le 31 mai

- les comptes annuels
- le rapport du réviseur d'entreprises

- la cascade des frais réels
- les intérêts débiteurs à charge de la CNS tels que définis à l'article 13, al. 1
- les subventions d'exploitation de l'Etat
- l'amortissement de l'actif immobilisé
- l'amortissement des subventions d'investissement de l'Etat.

Les estimations relatives aux charges et aux produits énoncés ci-dessous sont redressées au vu des résultats constatés:

- les intérêts débiteurs à charge de la CNS tels que définis à l'article 13, al. 1
- les frais d'amortissement provisoires relatifs à l'enveloppe individuelle pour investissements courants
- les subventions d'exploitation de l'Etat
- l'amortissement des subventions d'investissement de l'Etat.

Il est établi le solde entre le montant des cotisations payées à la Mutualité des employeurs et le montant des remboursements à l'établissement hospitalier. Un solde négatif est porté au crédit de la CNS, un solde positif est porté au crédit de l'établissement hospitalier.

Les charges et produits exceptionnels survenus au cours de l'exercice budgétaire sont pris en compte suivant accord des parties.

Ne sont pas pris en compte les charges et produits exceptionnels suivants:

- les plus- ou moins-values sur constructions et terrains
- les charges ou produits exceptionnels résultant de rectifications ou de régularisations suivant décompte d'exercices antérieurs.

Le décompte règle en outre les adaptations au niveau des tarifs des unités d'oeuvre conformément à l'article 34.

Sont redressés également les frais en rapport avec les prestations exclues de l'objet de l'assurance maladie ou rendues à des personnes non protégées, compte tenu d'une facturation ayant pour base des prix pondérés. Le détail technique des pondérations se trouve à l'annexe 6.

Les frais en relation avec l'activité extrahospitalière des laboratoires sont redressés en prenant en considération le rapport entre l'activité hospitalière et extrahospitalière réellement constatée.

Le résultat final du décompte fait l'objet d'une régularisation lors du versement du premier douzième suivant la signature de l'accord.

Titre VIII. Excédents de recettes

Bénéfice de rationalisation

Article 38. Le bénéfice résultant d'une mesure de rationalisation entreprise à l'initiative de l'établissement et entraînant une réduction, en termes réels, du coût unitaire des unités de production d'un centre de frais reste acquis à l'hôpital pendant l'exercice budgétaire au cours

duquel la réduction est effectivement observée et, en cas de persistance de la réduction du coût, pendant les 2 exercices suivants.

Le bénéfice annuel correspond à la différence entre le coût unitaire observé au cours de l'exercice précédant la mesure de rationalisation et le nouveau coût unitaire multipliée par le nombre d'unités réalisées et compte tenu de l'évolution des prix.

Article 39. Les bénéfices de rationalisation susceptibles de provenir de mesures d'investissement dont l'amortissement est à charge de la CNS, sont évalués en termes globaux sous forme de projets.

Lorsque le coût unitaire, en termes réels, déduction faite des frais d'amortissement et des frais financiers, passe en-dessous du coût unitaire observé au cours de l'exercice précédant la mesure de rationalisation, le bénéfice dégagé par la mesure de rationalisation reste pour moitié acquis à l'établissement. Il en est de même des deux exercices suivants, à condition que le coût unitaire observé reste inférieur au coût unitaire de référence.

La détermination du bénéfice suit la règle du dernier alinéa de l'article 38.

Les bénéfices de rationalisation sont constatés lors du décompte de fin d'exercice. En cas de litige au sujet du bénéfice de rationalisation, la procédure prévue à l'article 43 est à appliquer.

Les recettes en rapport avec les bénéfices de rationalisation ne figurent pas dans les budgets externes.

Prime annuelle

Article 40. La CNS s'engage à verser une prime annuelle à chaque établissement participant au programme de qualité, de sécurité patient, d'efficience et de transparence, remplissant des critères arrêtés annuellement de commun accord par une commission d'évaluation composée paritairement de représentants de la FHL et de la CNS.

Dans le domaine de la qualité, la FHL et la CNS retiennent le modèle EFQM comme outil de management de la qualité. Une évaluation sur site est effectuée tous les trois ans par des experts indépendants avec scoring selon EFQM. Les experts sont choisis conjointement en commission d'évaluation sur base d'un cahier des charges. Les frais des experts sont pris en charge pour moitié par la CNS et pour moitié par les établissements.

En vue d'augmenter la sécurité pour le patient, les établissements implémentent les programmes définis par la commission d'évaluation visant:

- la prévention des erreurs médicamenteuses
- la prévention des erreurs d'identification patient (bon patient, bonne prestation au bon moment)
- la prévention des infections nosocomiales
- la prévention des résistances antibiotiques
- l'assurance d'une continuité des soins
- la prévention des risques liés au patient sur base d'un enregistrement et d'analyse systématique des événements indésirables.

L'efficience des établissements est mesurée par les rapports coûts/prestations. En attendant la mise en place d'une méthode de calcul des coûts par prestation, l'efficience est jugée par rapport au respect des contraintes budgétaires imposées aux établissements par

l'intermédiaire d'indicateurs et par rapport aux efforts entrepris dans la mise en oeuvre des règles de comptabilité analytique et de calcul des coûts.

Dans le but d'augmenter la transparence de l'activité hospitalière, la commission d'évaluation arrête pour chaque exercice un ensemble d'informations et d'indicateurs que les établissements devront fournir dans les délais fixés par la commission. La mise en place de systèmes de documentation et leur validation sont prises en compte pour la détermination de la prime.

Les contenus du programme de qualité, de sécurité patient, d'efficience et de transparence sont communiqués aux établissements au plus tard le 1er octobre de l'année précédant l'exercice budgétaire au cours duquel le programme est applicable.

La liste des indicateurs convenus entre la FHL et la CNS est reprise à l'annexe 7.

Le volet qualité compte pour 40%, les volets sécurité patient, efficience et transparence comptent chacun pour 20% dans le calcul de la prime.

La prime maximale qu'un établissement peut atteindre est de 2% des charges opposables de l'établissement.

Article 41. Le montant de la prime annuelle est déterminé par la commission d'évaluation prévue à l'article 40 sur base d'un rapport présenté par l'établissement duquel ressort le degré d'accomplissement des contenus du programme. Ce rapport est fourni au plus tard le 1er juin de l'année subséquente.

La CNS s'engage à liquider la prime annuelle avant le 1er octobre de l'année de présentation du rapport.

En cas de désaccord au sein de la commission d'évaluation au sujet du montant de la prime allouée à un établissement, la partie la plus diligente respectivement de la FHL et de la CNS peut saisir la commission des budgets qui tranche définitivement dans le mois de la saisine.

Les recettes de primes annuelles ne figurent pas dans les budgets externes.

Titre IX - Commission des budgets hospitaliers

Intervention de la Commission des budgets

Article 42. La commission des budgets intervient en cas de différend entre la CNS et un établissement individuel au sujet de la détermination du budget prévisionnel, d'une rectification individuelle du budget ou du décompte de fin d'exercice ainsi qu'en cas de différend entre la CNS et la FHL au sujet d'une rectification générale des budgets hospitaliers, de la détermination de la prime annuelle à fixer par la commission d'évaluation ou du montant des cotisations à la FHL.

Litige entre un établissement et la CNS

Article 43. En cas de litige entre un établissement et la CNS, chaque partie communique par écrit sa position à la FHL endéans les 15 jours à dater de la déclaration du litige. La FHL tente

une conciliation dans les 2 semaines qui suivent l'entrée de la position de la partie la moins diligente.

En cas de différend subsistant après concertation avec l'établissement concerné au sujet de la détermination du budget prévisionnel, l'initiative de saisir la commission appartient à la CNS. A défaut de saisine de la commission par la CNS endéans le mois du constat de non-conciliation, le budget est arrêté tel qu'il a été présenté par l'établissement.

En cas de différend subsistant après concertation au sujet d'une rectification individuelle ou du décompte de fin d'exercice, la commission peut être saisie par la partie la plus diligente respectivement de l'établissement et de la CNS.

Dans le cadre de la détermination du budget prévisionnel ou du décompte de fin d'exercice, le différend est soumis à la commission avant le 1er janvier qui, si elle ne parvient pas à concilier les parties dans le mois de la saisine, tranche le litige en dernier ressort avant le 1er mars.

Lorsque le différend émane d'une rectification du budget, la commission doit être saisie au plus tard un mois après la demande de rectification. Si la commission ne parvient pas à concilier les parties, elle tranche le litige en dernier ressort dans le mois de la saisine.

Litige entre la FHL et la CNS

Article 44. En cas de litige entre la FHL et la CNS au sujet des principes et modalités d'attribution des budgets spécifiques dans le cadre de l'enveloppe globale, d'une rectification générale des budgets, de la détermination de la prime annuelle ou du montant des cotisations à la FHL, la commission peut être saisie par la partie la plus diligente respectivement de la FHL et de la CNS.

Si la commission ne parvient pas à concilier les parties, elle tranche le litige en dernier ressort dans le mois de la saisine.

Titre X - Informations hospitalières

Suivi budgétaire

Article 45. La mise en place, l'adaptation et l'application d'un suivi budgétaire standardisé comportant au minimum le relevé des unités de production et des unités d'oeuvre ainsi que le nombre d'ETP par catégorie de personnel seront négociées entre la FHL et la CNS et réglées dans le cahier des charges à établir par la Commission technique financière.

Déclaration de prise en charge de l'hospitalisation

Article 46. L'admission en traitement stationnaire d'une personne protégée se fait sous la responsabilité d'un médecin agréé de l'hôpital. La date et l'heure de l'admission, ainsi que le code du médecin qui a fait l'admission sont communiqués par l'établissement à la CNS au plus tard le premier jour ouvrable qui suit la date de l'admission.

A la fin d'un séjour stationnaire, le médecin traitant fixe la date de sortie de la personne protégée. L'établissement communique à la CNS la date et l'heure effectives du départ du patient.

En cas de transfert d'un patient admis en traitement stationnaire vers un autre hôpital en vue d'un examen ou d'une intervention, l'hôpital qui transfère le patient doit déclarer le transfert à la CNS. L'hôpital doit déclarer la sortie du patient, si celui-ci ne retourne pas à l'hôpital avant minuit.

La CNS s'engage à maintenir une liaison informatique entre les établissements visés par la présente convention d'une part et le Centre informatique de la sécurité sociale de l'autre, afin de permettre aux établissements la vérification de l'affiliation des patients et le transfert électronique des informations concernant l'admission, la sortie et le transfert des personnes protégées ainsi que les changements de médecins traitants vers la CNS.

Les établissements ont l'obligation de vérifier l'identité des personnes admises en traitement stationnaire.

Déclaration de sortie

Article 47. A la fin du traitement stationnaire d'une personne protégée, le service de documentation médicale de l'hôpital accède au contenu du dossier hospitalier du patient et vérifie la pertinence des codes indiqués par les médecins suivant les classifications ICD-10-CM et ICD-10-PCS. En cas de doute ou d'information incomplète, le médecin responsable du service de documentation médicale demande au médecin traitant respectif les compléments nécessaires. La liste des codes définitivement retenus par le Service de documentation médicale est communiquée au médecin traitant et fait partie du dossier hospitalier du patient, sans préjudice des dispositions de l'article 36 de la [loi modifiée du 28 août 1998](#) sur les établissements hospitaliers et ses règlements d'exécution.

Les données fournies par le médecin traitant suivant les classifications ICD-10-CM et ICD-10-PCS sont complétées par des données administratives recueillies au niveau du service de documentation médicale, notamment les données d'identification et les données démographiques du patient, le mode d'entrée et de sortie de l'hôpital, les durées de séjour par type d'hospitalisation (soins normaux, soins intensifs, soins de rééducation).

Le service de documentation médicale tient à jour les outils de codage utilisés au sein de l'hôpital et procède à la diffusion des règles de codage auprès des médecins de l'hôpital.

Article 47bis. La CNS met à la disposition des hôpitaux un programme informatique permettant le groupage des patients après la sortie stationnaire de l'hôpital suivant un système de classification des patients internationalement reconnu et applicable au niveau national, fixé par la CNS.

L'hôpital communique à la CNS, sur base semestrielle, le relevé individuel des séjours stationnaires comprenant les données suivantes:

- Matricule de la personne protégée
- Code caractérisant le séjour d'après le système de classification des patients retenu au niveau national
- Code du diagnostic principal de sortie suivant la classification ICD-10-CM
- Mode d'entrée (urgent/non urgent, programmé/non programmé)
- Mode de sortie (décès, transfert, retour à domicile)
- Périodes de séjour (soins normaux, soins intensifs, rééducation).

Afin que la comptabilité analytique puisse prendre en compte le coût de l'activité médicale hospitalière et différencier les coûts liés aux séjours hospitaliers, la CNS communique à chaque

hôpital, sur base semestrielle, les actes médicaux facturés pour tout séjour stationnaire d'une personne protégée en respectant un délai de six mois depuis la sortie de la personne protégée de l'hôpital.

Les modalités techniques de la transmission des données sont précisées dans le cahier des charges.

Titre XI - Délivrance de fournitures dans le secteur extrahospitalier

Article 48.

La fourniture au secteur extrahospitalier de médicaments et de dispositifs médicaux pour le traitement de patients à domicile est limitée aux positions suivantes:

- les préparations magistrales dont la réalisation présente des contraintes techniques nécessitant un appareillage spécifique non disponible dans les officines ouvertes au public
- les médicaments orphelins et les autres médicaments pour lesquels, conformément à leur classement, la délivrance hospitalière vers des patients ne séjournant pas à l'hôpital est permise en application des dispositions du règlement grand-ducal modifié du 15 décembre 1992 relatif à la mise sur le marché des médicaments
- les antiviraux généraux actifs sur les rétrovirus inclus dans les codes ATC J05AE*, J05AF*, J05AG*, J05AR* et J05AX
- indépendamment de leur classement, les médicaments, les stupéfiants, les dispositifs médicaux et les aliments délivrés à des personnes bénéficiant du droit aux soins palliatifs en application de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie
- les dispositifs médicaux repris dans les statuts de la CNS sous le fichier B7, dans les conditions y arrêtées.

Les établissements hospitaliers concernés transmettent à la CNS, sur base mensuelle, un fichier de facturation selon le layout repris dans le cahier des charges.

Titre XII - Autres dispositions

Audits et expertises externes

Article 49. A la demande de la CNS, la mission du réviseur des comptes peut être étendue à la vérification des règles de comptabilité analytique et à l'analyse de la pertinence du calcul du coût des prestations d'un établissement hospitalier.

Des expertises externes peuvent être commanditées par la CNS pour un ou plusieurs établissements hospitaliers avec l'accord de ceux-ci.

Modifications des statuts de la CNS

Article 50. Il est convenu que pour autant que la CNS envisage une modification de ses statuts ayant une incidence sur le fonctionnement organisationnel, financier et autre des établissements, ces modifications sont transmises pour avis à la FHL.

Modifications de la convention cadre

Article 51. Chaque partie contractante pourra soumettre à l'autre des propositions de modifications à la présente convention. Les négociations devront être entamées au plus tard dans les deux mois qui suivent la proposition d'avenant.

Dispositions transitoires

Article 52. Dans la mesure où la clôture des décomptes se rapportant aux exercices antérieurs à 2011 a des effets sur les résultats de décomptes clôturés postérieurs à 2010, ces effets sont pris en compte dans le prochain décompte à effectuer pour un exercice postérieur à 2010.

Article 53. Pour l'exercice 2013, l'avenant 6 à la convention du 16 février 1996 entre l'Union des caisses de maladie et l'Entente des hôpitaux reste en vigueur.

Mise en vigueur

Article 54. La présente convention entre en vigueur le 1er janvier 2013, sans préjudice des dispositions des articles 52 et 53.

Annexes

Annexe 1 - Règles de comptabilité générale et analytique

Conformément à l'alinéa 9 de l'article 74 du [Code de la sécurité sociale](#) et à l'article 8 de la [convention FHL-CNS](#), la CNS définit le plan comptable ainsi que les modalités et les règles de comptabilité analytique. Le plan comptable ainsi que les modalités et les règles de comptabilité analytique seront mis à disposition par la CNS sur son site internet.

Comptabilité analytique

Cohérence entre la comptabilité générale et la cascade budgétaire

La somme des frais directs renseignés des centres de frais auxiliaires et des centres de frais principaux opposables (entités fonctionnelles et centres de frais principaux opposables hors budget) et non opposables doit correspondre aux montants renseignés dans les comptes annuels révisés de l'établissement.

Les différences éventuelles entre le montant du compte de profits et pertes et celui repris dans la cascade sont documentées en détail dans un tableau joint à la cascade.

Centres de frais

Chaque établissement définit au minimum les centres de frais détaillés ci-dessous à condition que ces activités existent :

1.	Centres de frais auxiliaires : Ateliers techniques Installation électrique Installations chauffage/climatisation/vapeur Installation sanitaire Installation de télécommunications Autres installations Bâtiments Nettoyage Direction(s) de l'établissement Staff de direction Service informatique
----	---

	<p>Gestion des ressources humaines</p> <p>Services financiers</p> <p>Admission / accueil / réception</p> <p>Autres services administratifs</p> <p>Transport interne / logistique</p> <p>Transport patients</p> <p>Buanderie/Lingerie/Couture</p> <p>Cuisine</p> <p>Cantine</p> <p>Crèche</p> <p>Pharmacie</p> <p>Magasin et service économique</p> <p>Stérilisation centrale</p>
2.	<p>Entités fonctionnelles</p> <p>Salles opératoires et salles de réveil</p> <p>Salles d'accouchement</p> <p>Chirurgie cardiaque</p> <p>Cardiologie interventionnelle</p> <p>Laboratoire</p> <p>Imagerie médicale (sauf IRM)</p> <p>IRM</p> <p>Radiothérapie</p> <p>Médecine nucléaire</p> <p>Pet Scan</p>

	<p>Lithotritie extracorporelle</p> <p>Caisson d'oxygénothérapie hyperbare</p> <p>Hémodialyse</p> <p>Kinésithérapie</p> <p>Ergothérapie</p> <p>Hydrothérapie</p> <p>Gymnase</p> <p>Appartements thérapeutiques</p> <p>Policlinique</p> <p>Policlinique endoscopique</p> <p>Urgences/policlinique non programmée triée</p> <p>Hospitalisation - soins normaux</p> <p>Hospitalisation - soins intensifs</p> <p>Chimiothérapie (frais variables)</p> <p>Hôpital de jour pédiatrique</p> <p>Hôpital de jour chirurgical</p> <p>Hôpital de jour non chirurgical</p> <p>Hôpital de jour psychiatrique</p> <p>Fécondation in vitro</p> <p>Curiethérapie</p> <p>Génétique humaine</p> <p>Anatomie pathologique</p>
3.	<p>Centres de frais principaux opposables hors budget</p> <p>Médicaments et fournitures à délivrance hospitalière</p>

	Laboratoire extrahospitalier
4.	Centres de frais principaux non opposables Prestations rendues à des personnes non protégées Prestations exclues de l'objet de l'assurance maladie Prestations et locations à titre de convenance personnelle y compris le supplément pour chambre individuelle Services dans l'intérêt des médecins Services dans l'intérêt des autres professions de santé libérales Services dans l'intérêt du personnel LTPS Services dans l'intérêt d'autres hôpitaux Services dans l'intérêt d'autres tiers Activités non hospitalières

L'établissement peut subdiviser les centres de frais et les entités fonctionnelles énoncés ci-dessus.

Unités d'oeuvre

Le nombre d'unités d'oeuvres d'une entité fonctionnelle est obtenu en additionnant les nombres d'unités de production réalisées dans les centres de frais principaux regroupés au sein de celle-ci.

La définition des unités d'oeuvre est la suivante :

Entité fonctionnelle	Unité d'oeuvre
Salles opératoires et salles de réveil	Passage dans une salle OP
Salles d'accouchement	Passage dans une salle d'accouchement
Chirurgie cardiaque	Passage dans une salle OP
Cardiologie interventionnelle	Passage
Laboratoire	Prélèvement de même nature remis au laboratoire
Imagerie médicale (sauf IRM)	Passage dans le service d'imagerie médicale

IRM	Passage dans l'IRM
Radiothérapie	Séance
Médecine nucléaire	Passage
Pet Scan	Passage
Lithotritie extracorporelle	Séance
Caisson d'oxygénothérapie hyperbare	Séance
Hémodialyse	Séance
Kinésithérapie	Séance
Ergothérapie	Séance
Hydrothérapie	Séance
Gymnase	Séance
Appartements thérapeutiques	Présence à minuit ou entrée/sortie le même jour
Policlinique(s) et/ou autres unités médico-techniques	Passage
Policlinique endoscopique	Passage
Urgences/policlinique non programmée triée	Passage
Hospitalisation - soins normaux	Présence à minuit ou entrée/sortie le même jour
Hospitalisation - soins intensifs	Présence à minuit ou entrée/sortie le même jour
Chimiothérapie	Séance
Hôpital de jour pédiatrique	Passage
Hôpital de jour chirurgical	Passage
Hôpital de jour non chirurgical	Passage
Hôpital de jour psychiatrique	Passage
Fécondation in vitro	Essai biologique
Curiethérapie	Séance
Génétique humaine	Test
Anatomie pathologique	Lame

En ce qui concerne l'hospitalisation, il ne peut être mis en compte plus d'une unité d'oeuvre par jour pour un même patient dans une même entité fonctionnelle. En cas de présence à minuit, l'unité d'oeuvre est rattachée au jour précédant minuit. En cas d'entrée/sortie le même jour, une unité d'oeuvre est mise en compte dès qu'il y a occupation effective d'un lit.

Les séances d'hémodialyse et de kinésithérapie ainsi que les traitements polycliniques effectués au lit du patient par le personnel de l'entité fonctionnelle correspondante comptent dans le total des unités d'oeuvre de ces entités fonctionnelles.

Frais variables

Sont considérés comme frais variables tous les frais relatifs à la position 60 « Consommation de marchandises et de matières premières et consommables » du plan comptable, sauf les exceptions tel que détaillées dans les règles fixées sur base de l'alinéa 9 de l'article 74 du Code de la sécurité sociale et de l'article 8 de la convention FHL-CNS.

Annexe 2 - Détermination du salaire moyen budgétisé pour le calcul de la masse salariale des postes accordés au 31.12.n-1

La masse salariale pour les exercices n+1 et n+2 des postes existants au 31.12.n-1 est calculée en multipliant le nombre de postes accordés avec le salaire moyen budgétisé pour l'exercice en question. Le salaire moyen budgétisé pour les exercices n+1 et n+2 est déterminé en adaptant le minimum entre le salaire moyen réel de l'année n-1 et le salaire moyen budgétisé n-1 aux facteurs d'ajustements suivants:

- l'échelle mobile des salaires
- le glissement des carrières
- les dispositions de la convention collective de travail
- les changements au niveau de la part patronale des cotisations sociales.

1. Détermination du salaire moyen réel n-1

Le salaire moyen réel de l'année n-1 est déterminé en divisant les frais de personnel de l'année n-1 par la moyenne mensuelle des équivalents temps plein correspondants de l'année n-1.

1.1. Détermination du montant des frais de personnel de l'année n-1

Le montant des frais de personnel à retenir pour le calcul du salaire moyen réel de l'année n-1 se compose des soldes au 31.12.n-1 des comptes suivants, déduction faite des montants imputés en tant que frais directs sur un centre de frais non opposable:

- Traitements et salaires bruts
- Cotisations Caisse de pension
- Cotisations Caisse de santé
- Cotisations Assurance accidents
- Cotisations Caisse prestations familiales
- Cotisations Santé au travail

- Cotisations Fondation formation
- Personnel temporaire
- Vêtements de travail
- Participation aux frais de repas
- Examens et soins au personnel
- Indemnité pour perte de caisse
- Frais délégation du personnel
- Indemnités de stage
- Assurance pension complémentaire.

Les remboursements de salaires en provenance d'organismes publics sont portés en déduction, à l'exclusion des remboursements de la Mutualité des employeurs

1.2 Détermination du nombre d'ETP de l'année n-1

Le nombre d'ETP de l'année n-1 est égal à la moyenne mensuelle des ETP au cours de l'année. Le nombre d'ETP par mois est obtenu en divisant le nombre d'heures rémunérées, y compris les heures rémunérées du personnel intérimaire, par 164,35.

2. Adaptation au glissement des carrières

L'adaptation au glissement des carrières tient compte de l'évolution du coût salarial dû à l'avancement des carrières suivant la CCT (effet positif) et au remplacement du personnel (effet négatif). Le calcul du facteur d'adaptation est fait en trois étapes: la détermination du glissement moyen pondéré, la prise en compte de la structure d'âge et la prise en compte du remplacement du personnel.

La détermination du glissement moyen pondéré (gt) se fait selon le schéma suivant:

Carrière

Gliss. théorique ¹	ETP au 31.12.n-1	Gliss. pondéré		
		(1)	(2)	3=1*(2)ETP
OU 1.0	A, ouvrier auxiliaire	1,74%		
OU 2.0	B, ouvrier	1,66%		
OU 3.0	C, ouvrier non diplômé chargé de travaux artisanaux	2,27%		
OU 4.0	D, artisan détenteur d'un CAP ou CATP	2,88%		
ES 1.0	aide-soignant	2,75%		
ES 2.0	Total	2,70%		
	infirmier			
	ATM Rx			
	ATM labo			
	éducateur diplômé			
ES 3.0	Total	2,63%		
	infirmier psychiatrique			
	infirmier en pédiatrie			
ES 4.0	Total	2,51%		
	ATM chir			
	infirmier-anesthésiste			
	masseur			
	sage-femme			
ES 5.0	Total	2,66%		
	éducateur gradué diplômé			
	infirmier hospitalier gradué			
	laborantin			
	diététicien			
	ergothérapeute			
	psychomotricien			
	assistant d'hygiène sociale			
	assistant social			
	orthophoniste			
	kinésithérapeute			
	autres			
EA 1.0	A, employé sans diplôme	2,38%		
EA 2.0	B, employé avec qualification inférieure à B1	2,75%		
EA 2.1	B1, employé avec 5 ^e secondaire ou assimilé	2,62%		
EA 3.0	C, employé avec 3 ^e secondaire ou assimilé	2,84%		
EA 3.1	C1, technicien, artisan avec brevet de maîtrise	2,80%		
EA 4.0	D, employé avec fin d'études sec., ing.-technicien	2,76%		
EA 5.0	E, employé avec Bac+2 ou Bac+3	2,66%		
Sous-total		ETP	gt=(3)	
Hors CCT				
Total				

¹ Le glissement théorique est déterminé comme suit pour chaque carrière: nombre de points au dernier échelon nombre de points au premier échelon / durée de la carrière en années-1

Le glissement moyen pondéré est adapté à la structure d'âge afin de tenir compte du fait que les salariés en fin de carrière (pourcentage fc) ne bénéficient plus d'un avancement.

Considérant qu'un pourcentage de (1-fc) des salariés bénéficie d'un glissement des carrières, l'adaptation est faite suivant la formule:

$$1+gm = (1+gt) * (1-fc) + fc$$

Considérant qu'un pourcentage égal à ts quitte l'établissement et est remplacé par des salariés dont le coût salarial est égal à cr pour cent de celui des salariés en place, l'adaptation à la rotation du personnel est faite de la manière suivante:

$$1+ga = (1+gm) * [1-ts*(1-cr)]$$

Le facteur d'adaptation est égal à:

$gliss = (1+ga)^2$ pour l'adaptation du salaire moyen entre $n-1$ et $n+1$, et

$gliss = (1+ga)^3$ pour l'adaptation du salaire moyen entre $n-1$ et $n+2$.

Il ne s'applique qu'aux éléments du salaire moyen soumis à l'effet du glissement des carrières.

1.1. Détermination du taux de sortie (ts)

Le taux ts utilisé pour le budget $n+1$ et $n+2$ correspond à la moyenne des 3 taux ts réels des exercices $n-1$, $n-2$ et $n-3$. Pour un exercice n donné le taux ts est déterminé en divisant le nombre des sorties en n par le nombre de présences au 31.12. $n-1$.

L'ensemble des salariés retenus pour déterminer le nombre de présences sont ceux qui sont engagés auprès de l'établissement dans le cadre du contrat collectif ou hCCT au 31.12. $n-1$ et ce au moins depuis le 01.07. $n-1$ (CDI et CDD). Ne sont pas considérés les stagiaires et élèves, les salariés en congé de maternité ou en congé sans solde. A noter que chaque salarié, retenu suivant les critères ci-dessus, est pris en compte comme une présence indépendamment de son taux d'occupation contractuel ou de son temps de travail effectif.

L'ensemble des salariés considérés comme sorties doit être un sous-ensemble des salariés retenus comme présences (CDI et CDD). Sont considérés comme sorties les salariés qui ont démissionné au cours de l'année n , sont partis en retraite ou ne sont plus sous contrat de travail avec l'établissement pour une autre raison.

Ne sont pas considérés comme sorties: le congé de maternité, le congé parental, les congés sans solde ainsi que le congé de maladie longue durée. Lorsqu'une personne ayant pris un congé mentionné ci-dessus démissionne définitivement à la fin du congé, la personne est considérée comme sortie au moment de la résiliation définitive du contrat de travail. Ne sont pas considérés comme sorties non plus les salariés qui ne sont pas retenus après une période d'essai. Chaque salarié, retenu comme sortie suivant les critères définis ci-dessus, est pris en compte comme une sortie indépendamment de son taux d'occupation contractuel ou de son temps de travail effectif.

Au cas où il y a une réduction du nombre de postes entre les exercices n et $n-1$, le nombre de sorties déterminées suivant les alinéas qui précèdent est réduit de la différence des postes entre n et $n-1$.

Les données pour le calcul du taux de sortie sont fournies par les établissements à la CNS.

1.2. Détermination du pourcentage des personnes fin de carrière (fc)

Le pourcentage des personnes en fin de carrière est déterminé en divisant le nombre des salariés équivalents temps plein ayant atteint le dernier échelon de leur carrière au 31.12. $n-1$ par le nombre total de salariés équivalents temps plein employés par l'établissement. Le

personnel engagé hors convention collective est exclu pour le calcul du pourcentage de fin de carrière.

1.3. Détermination du taux de remplacement du salaire (cr)

Le coefficient de réduction (cr) est calculé par chaque établissement. Le coefficient de réduction national est la moyenne des taux calculés par chaque établissement pondérés par le nombre d'ETP.

Le coefficient de réduction utilisé pour le budget n+1 et n+2 est la moyenne de ce coefficient des années n-1, n-2 et n-3.

Le coefficient de réduction correspond au rapport du salaire horaire des personnes nouvellement engagées par rapport à celui des personnes en place.

Le salaire horaire des personnes nouvellement engagées pendant l'année n est la masse salariale de l'année n de ces salariés divisée par le nombre d'heures rémunérées en n. Les salariés à prendre en compte sont ceux qui ont été engagés dans le cadre du contrat collectif ou hCCT (CDI et CDD). Sont donc exclus les stagiaires et élèves.

Le salaire horaire des salariés en place fin n-1 correspond à la masse salariale de l'année n des personnes présentes au 31.12.n-1 (sous contrat de travail au 31.12.n-1 peu importe depuis quand, CCT et hCCT) divisé par le nombre d'heures rémunérées en n. Ne sont pas considérés les stagiaires et élèves.

Le coefficient de réduction national est fixé par la commission financière technique.

Annexe 3 - Détermination du coût supplémentaire d'une chambre individuelle

Le coût supplémentaire d'une chambre individuelle est obtenu en multipliant la surface supplémentaire par lit d'une chambre individuelle avec le coût moyen par m² de la partie hospitalisation de l'établissement.

La surface supplémentaire est la différence en m² entre la surface moyenne des chambres à 1 lit et la surface moyenne par lit des chambres à 2 lits.

Le coût moyen par m² de la partie hospitalisation est déterminé en référence aux frais enregistrés dans l'entité fonctionnelle «Hospitalisation – soins normaux» dans les catégories suivantes:

Frais et produits directs
Frais pour immeubles et équipement
Frais financiers
Amortissements
Amortissement des subventions d'investissement
Frais indirects nets en provenance des centres de frais auxiliaires:
Ateliers techniques
Installation électrique
Installation de chauffage
Installation sanitaire
Bâtiments
Nettoyage

Annexe 4 - Règles d'établissement des budgets

Règles d'imputation

Si un établissement a détaillé davantage la liste minimale des centres de frais prévue à la convention, l'imputation se fait toujours au niveau le plus fin.

Le total des frais fixes et le total des frais variables de chaque centre de frais auxiliaire, après déduction des produits à porter en atténuation sont imputés séparément et intégralement sur les centres de frais auxiliaires en aval de la cascade d'imputation et les centres de frais principaux. L'ordre d'imputation et les clés de répartition sont ceux fixés au plan comptable uniforme.

Etablissement du budget interne

L'établissement établit le budget interne en déterminant, sur base de l'activité prévisible, l'ensemble des frais fixes directs et l'ensemble des frais variables directs de tous les centres de frais auxiliaires, principaux opposables et non opposables et en y opposant l'ensemble des recettes envisagées.

Etablissement du budget externe

Le budget externe est établi à partir du budget interne, conformément aux points suivants:

1. Déduction des recettes à porter en atténuation respectivement des frais fixes directs et des frais variables directs au niveau des centres de frais auxiliaires et des centres de frais opposables.
2. Imputation séparée des frais fixes et des frais variables des centres de frais auxiliaires vers les centres de frais auxiliaires en aval de la cascade d'imputation, les centres de frais principaux opposables, les centres de frais principaux opposables hors budget et les centres de frais principaux non opposables.
3. Consolidation des centres de frais principaux opposables en entités fonctionnelles.
4. Séparation du total des frais fixes et du total des frais variables de chaque entité fonctionnelle en une partie opposable et une partie non opposable, cette dernière étant déduite au niveau des entités fonctionnelles et transférée vers un ou plusieurs centres de frais non opposables selon l'origine de la non-opposabilité des charges.

L'ensemble des frais fixes opposables retenus dans les entités fonctionnelles constitue le budget externe fixe de l'établissement.

Tarifs des unités d'oeuvre

Le tarif de l'unité d'oeuvre est déterminé au niveau de chaque entité fonctionnelle sur base de la division de l'ensemble des frais variables opposables par le nombre estimé d'unités d'oeuvre opposables.

Annexe 5 - Schéma de présentation du budget

1. Centres de frais auxiliaires

Hôpital:	Budget annuel :	CFA (1)
Centre de frais auxiliaire - numéro:	Centre de frais auxiliaire - dénomination:	
Unité de production:	Mode de répart. (si diff. de l'unité de prod):	

(montants : en euros)	Réel (t-1)	Budget (rect.) (t)	Budget (t+1)
Nombre d'unités de production			
FRAIS FIXES DIRECTS (FFD)	<u>Montant</u>	<u>Montant</u>	<u>Montant</u>
60 Consommations et fournitures			
61 Frais de personnel			
63 Frais pour immeubles et équip.			
64 Frais de gestion			
67 Frais financiers			
68 Amortissements et provisions			
Total FFD, avant déduction des recettes			
76 Subventions d'exploitation			
78 Amortissement subv. d'investissement			
Total Recettes à porter en déduction (partie fixe) (-)			
Total FFD, après déduction des recettes			
FRAIS FIXES INDIRECTS (FFI)	<u>U.P. cons.</u> <u>Montant</u>	<u>U.P. cons.</u> <u>Montant</u>	<u>U.P. cons.</u> <u>Montant</u>
110 Ateliers techniques			
121 Installation électrique			
122 Installation de chauffage			
123 Installation sanitaire			
124 Installations de télécommunication			
125 Autres installations			
130 Bâtiments			
141 Standard téléphonique			
142 Autres services administratifs			
151 Buanderie/Lingerie/Couture			
152 Cuisine			
153 Nettoyage			
154 Autres services hôteliers/ménagers			
161 Cantine			
162 Crèche			
163 Logements de service			
181 Pharmacie ou dépôt de médic.			
182 Magasin Central			
183 Stérilisation			
184 (Centrale des) Lits			
185 Urgence			
186 Autres services aux. du dép. médical			
Total FFI			

... / ...

Centres de frais auxiliaires (2)

Hôpital:		Budget annuel :		CFA (2)	
Centre de frais auxiliaire - numéro:		Centre de frais auxiliaire - dénomination:			
Unité de production:		Mode de répat. (si diff. de l'unité de prod):			

(montants : en euros)	Réel (t-1)	Budget (rect.) (t)	Budget (t+1)
FRAIS VARIABLES DIRECTS (FVD)	<u>Montant</u>	<u>Montant</u>	<u>Montant</u>
60 Consommations et fournitures			
Total FVD, avant déduction des recettes			
74... Participation aux frais par le personnel			
74... Rec. s/ ventes de déchets, art. usés, prod. utilisés			
Total Recettes à porter en déduction (partie variable)(-)			
Total FVD, après déduction des recettes			
FRAIS VARIABLES INDIRECTS (FVI)	<u>U.P. cons.</u> <u>Montant</u>	<u>U.P. cons.</u> <u>Montant</u>	<u>U.P. cons.</u> <u>Montant</u>
124 Installation de télécom.			
125 Autres installations			
130 Bâtiments			
141 Standard téléphonique			
142 Autres services administratifs			
151 Buanderie/Lingerie/Couture			
152 Cuisine			
153 Nettoyage			
154 Autres services hôteliers/ménagers			
161 Cantine			
162 Crèche			
163 Logements de service			
181 Pharmacie ou dépôt de médic.			
182 Magasin Central			
183 Stérilisation			
184 (Centrale des) Lits			
185 Urgence			
186 Autres services aux. du dép. médical			
Total FVI			
TOTAL <u>par U.P. prod.</u>			
TOTAL FRAIS FIXES			
TOTAL FRAIS VARIABLES			
TOTAL FRAIS DIRECTS			
TOTAL FRAIS INDIRECTS			
TOTAL FRAIS CFA			
TOTAL <u>Nbre d'U.P.</u>			
Partie des frais fixes réimputés vers des CFNO (-)			
Partie des frais variables réimputés vers des CFNO (-)			

2. Entités fonctionnelles

Hôpital:	Budget annuel:	EF(1)
Entité fonctionnelle - numéro:	Entité fonctionnelle - dénomination:	
Unité d'œuvre:		

(montants : en euros)	Réel (t-1)	Budget (rect.) (t)	Budget (t+1)
Nombre d'unités d'œuvre			
FRAIS FIXES DIRECTS (FFD)	<u>Montant</u>	<u>Montant</u>	<u>Montant</u>
60 Consommations et fournitures			
61 Frais de personnel			
63 Frais pour immeubles et équip.			
64 Frais de gestion			
67 Frais financiers			
68 Amortissements et provisions			
Total FFD, avant déduction des recettes			
76 Subventions d'exploitation			
78 Amortissement subv. d'investissement			
Total FFD, après déduction des recettes			
FRAIS FIXES INDIRECTS (FFI)	<u>U.P. cons.</u> <u>Montant</u>	<u>U.P. cons.</u> <u>Montant</u>	<u>U.P. cons.</u> <u>Montant</u>
110 Ateliers techniques			
121 Installation électrique			
122 Installation de chauffage			
123 Installation sanitaire			
124 Installation de télécom.			
125 Autres installations			
130 Bâtiments			
141 Standard téléphonique			
142 Autres services administratifs			
151 Buanderie/Lingerie/Couture			
152 Cuisine			
153 Nettoyage			
154 Autres services hôteliers/ménagers			
161 Cantine			
162 Crèche			
163 Logements de service			
181 Pharmacie ou dépôt de médic.			
182 Magasin Central			
183 Stérilisation			
184 (Centrale des) Lits			
185 Urgence			
186 Autres services aux. du dép. médical			
Total FFI			

Entités fonctionnelles (2)

Hôpital:	Budget annuel:	EF(2)
Entité fonctionnelle - numéro:	Entité fonctionnelle - dénomination:	
Unité d'œuvre:		

(montants : en euros)	Réel (t-1)	Budget (rect.) (t)	Budget (t+1)
FRAIS VARIABLES DIRECTS (FVD)	<u>Montant</u>	<u>Montant</u>	<u>Montant</u>
60 Consommations et fournitures			
Total FVD, avant déduction des recettes			
74... Participation aux frais par le personnel			
74... Rec. s/ ventes de déchets, art. usés, prod. utilisés			
Total FVD, après déduction des recettes			
FRAIS VARIABLES INDIRECTS (FVI)	<u>U.P. cons.</u> <u>Montant</u>	<u>U.P. cons.</u> <u>Montant</u>	<u>U.P. cons.</u> <u>Montant</u>
124 Installation de télécom.			
125 Autres installations			
130 Bâtiments			
141 Standard téléphonique			
142 Autres services administratifs			
151 Buanderie/Lingerie/Couture			
152 Cuisine			
153 Nettoyage			
154 Autres services hôteliers/ménagers			
161 Cantine			
162 Crèche			
163 Logements de service			
181 Pharmacie ou dépôt de médic.			
182 Magasin Central			
183 Stérilisation			
184 (Centrale des) Lits			
185 Urgence			
186 Autres services aux. du dép. médical			
Total FVI			
	<u>TOTAL</u> <u>par U.O. prod.</u>	<u>TOTAL</u> <u>par U.O. prod.</u>	<u>TOTAL</u> <u>par U.O. prod.</u>
TOTAL FRAIS FIXES			
TOTAL FRAIS VARIABLES			
TOTAL FRAIS DIRECTS			
TOTAL FRAIS INDIRECTS			
TOTAL FRAIS ENTITE FONCTIONNELLE			

... / ...

Hôpital:	Budget annuel:	EF(3)
Entité fonctionnelle - numéro:	Entité fonctionnelle - dénomination:	
Unité d'œuvre:		

(montants : en euros)	Réel (t-1)	Budget (rect.) (t)	Budget (t+1)
	TOTAL <i>par U.O. prod.</i>	TOTAL <i>par U.O. prod.</i>	TOTAL <i>par U.O. prod.</i>
TOTAL FRAIS ENTITE FONCTIONNELLE (report)			
PARTIE NON OPPOSABLE DES FRAIS FIXES transférée vers les CFNO suivants:	<i>U.O.</i> <i>Montant</i>	<i>U.O.</i> <i>Montant</i>	<i>U.O.</i> <i>Montant</i>
31 Prest. rendues à des personnes non protégées			
32 Prest. exclues de l'objet de fa.m.			
33 Prest. & loc. à titre de conv. pers., incl. 1e classe			
341 Serv. ds. l'int. des médecins			
342 Serv. ds. l'int. des prof. param. en prat. libér.			
35 Serv. ds. l'int. du personnel			
36 Ecole			
37 Serv. ds. l'int. d'autres hôpitaux			
38 Serv. ds. l'int. d'autres tiers			
39 Activités non hospitalières			
Total partie non opp. FF(-)			
TOTAL FRAIS FIXES - PARTIE OPPOSABLE			
PARTIE NON OPPOSABLE DES FRAIS VARIABLES transférée vers les CFNO suivants :	<i>U.O.</i> <i>Montant</i>	<i>U.O.</i> <i>Montant</i>	<i>U.O.</i> <i>Montant</i>
31 Prest. rendues à des personnes non protégées			
32 Prest. exclues de l'objet de fa.m.			
33 Prest. & loc. à titre de conv. pers., incl. 1e classe			
341 Serv. ds. l'int. des médecins			
342 Serv. ds. l'int. des prof. param. en prat. libér.			
35 Serv. ds. l'int. du personnel			
36 Ecole			
37 Serv. ds. l'int. d'autres hôpitaux			
38 Serv. ds. l'int. d'autres tiers			
39 Activités non hospitalières			
Total partie non opp. FV(-)			
TOTAL FV - PARTIE OPPOSABLE avant déd. particip.			
Total participation des assurés (-)			
TOTAL FV OPPOS. après déd. particip.			
TOTAL OPPOSABLE			

Annexe 6 - Décompte des unités d'oeuvre non opposables

Lors du décompte de fin d'exercice, les frais liés aux unités d'oeuvre non opposables sont redressés en fonction du nombre et du type d'unités d'oeuvres réellement prestées au cours de l'exercice. Sont concernées les unités d'oeuvre des entités fonctionnelles suivantes: salles opératoires, imagerie médicale et polyclinique.

Salles opératoires

Les unités d'oeuvre non opposables sont réparties en 6 classes:

OP1	actes chirurgicaux isolés et actes diagnostics ou thérapeutiques sans fourniture de matériel spécifique
OP2	intervention chirurgicale et actes médico-techniques nécessitant des intervenants et du matériel spécifique simple
OP3	intervention chirurgicale nécessitant des intervenants et du matériel spécifique important
OP4	intervention chirurgicale nécessitant des intervenants et du matériel spécifique important avec fourniture de matériel de type «ostéosynthèse»
OP5	intervention chirurgicale nécessitant des intervenants et du matériel spécifique majeur avec fourniture d'implants
OP6	intervention chirurgicale nécessitant des intervenants et du matériel hautement spécifique avec fourniture d'implants lourds

Le coût moyen unitaire budgétisé est pondéré sur base des coefficients suivants:

Classe	Coefficient
OP1	1
OP2	1,5
OP3	2
OP4	2,5
OP5	25
OP6	26

Imagerie médicale

Les unités d'oeuvre non opposables sont réparties en 9 classes:

IM1	Radiologie conventionnelle sans application de produits de contraste réalisée sur un équipement standard, incidences standard
IM2	Radiologie conventionnelle sans contraste nécessitant un positionnement et/ou des incidences spéciales

IM3	Examens contrastés conventionnels
IM4	Examens scanographiques
IM5	Examens angiographiques de diagnostic nécessitant un équipement spécifique
IM6	Examens de médecine nucléaire et actes d'interventions simples
IM7	Examens de radiologie interventionnelle
IM8	Examens de radiologie interventionnelle nécessitant des moyens spécifiques
IM9	Examens de radiologie et/ou de neuroradiologie interventionnelle, nécessitant du matériel hautement spécifique

Le coût moyen unitaire budgétisé est pondéré sur base des coefficients suivants:

Classe	Coefficient
IM1	1
IM2	5
IM3	5
IM4	8
IM5	8
IM6	9
IM7	75
IM8	80
IM9	170

Policlinique

Les unités d'oeuvre non opposables sont réparties en 6 classes:

PC1	Consultation médicale en polyclinique sans consommations ni fournitures, injections simples et/ou en série ou pansements simples (de type sparadraps)
PC2	Actes diagnostiques et thérapeutiques simples avec ou sans fournitures
PC3	Actes médico-techniques simples, nécessitant des intervenants et des moyens spécialisés
PC4	Actes médico-techniques complexes, nécessitant des intervenants et des moyens spécialisés
PC5	Actes chirurgicaux ou analogues simples
PC6	Actes chirurgicaux ou analogues complexes, interventions multiples

Le coût moyen unitaire budgétisé est pondéré sur base des coefficients suivants:

Classe	Coefficient
PC1	1
PC2	7
PC3	8
PC4	9
PC5	45
PC6	90

Redressement des frais fixes budgétisés des entités fonctionnelles: salles opératoires, imagerie médicale et policlinique

Le décompte des frais fixes budgétisés se fait pour chaque entité fonctionnelle au moyen des formules suivantes:

$$FFD = FFB * (NO + NN - \sum b_i * nn_i) / (NO + NN)$$

$$b_i = (T_i - FV) / FF$$

$$T_i = a_i * (FF + FV) / (\sum a_i * n_i)$$

avec

FFD...	frais fixes décomptés de l'entité fonctionnelle
FFB...	frais fixes budgétisés de l'entité fonctionnelle
NO...	nombre d'unités d'œuvre opposables
NN...	nombre d'unités d'œuvre non opposables
b _i ...	coefficient de pondération
nn _i ...	nombre d'unités d'œuvre non opposables de la classe i
T _i ...	tarif de la classe i
FV...	frais variables budgétisés par unite d'œuvre
FF...	frais fixes budgétisés par unite d'œuvre
a _i ...	coefficient de pondération
n _i ...	nombre d'unités d'œuvre de la classe i

Annexe 7 - Indicateurs

Taux de ré-hospitalisation non planifiée dans le même établissement hospitalier dans un délai de 28 jours après la sortie du patient de l'hôpital pour le chapitre 4 de l'ICD10 «Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques» (E00-E90), en %

Taux de ré-hospitalisation non planifiée dans le même établissement hospitalier dans un délai de 28 jours après la sortie du patient de l'hôpital pour le chapitre 5 de l'ICD10 «Troubles mentaux et du comportement» (F00-F99), en %
Taux de ré-hospitalisation non planifiée dans le même établissement hospitalier dans un délai de 28 jours après la sortie du patient de l'hôpital pour le chapitre 6 de l'ICD10 «Maladies du système nerveux» (G00-G99), en %
Taux de ré-hospitalisation non planifiée dans le même établissement hospitalier dans un délai de 28 jours après la sortie du patient de l'hôpital pour le chapitre 9 de l'ICD10 «Maladies de l'appareil circulatoire» (I00-I99), en %
Taux de ré-hospitalisation non planifiée dans le même établissement hospitalier dans un délai de 28 jours après la sortie du patient de l'hôpital pour le chapitre 11 de l'ICD10 «Maladies de l'appareil digestif» (K00-K99), en %
Taux de ré-hospitalisation non planifiée dans le même établissement hospitalier dans un délai de 28 jours après la sortie du patient de l'hôpital pour le chapitre 13 de l'ICD10 «Maladies du système ostéo-articulaire, muscle, tissu conjonctif» (M00-M99), en %
Taux de ré-hospitalisation non planifiée dans le même établissement hospitalier dans un délai de 28 jours après la sortie du patient de l'hôpital pour le chapitre 15 de l'ICD10 «Grossesse, accouchement et puerpéralité» (O00- O99), en %
Taux de ré-hospitalisation non planifiée dans les autres hôpitaux aigus au GDL, hors rééducation, dans un délai de 28 jours après la sortie du patient de l'hôpital pour les chapitres 4, 5, 6, 9, 11, 13 et 15 de l'ICD10 , en %
Nombre de réadmissions stationnaires dans le cadre de la réhabilitation psychiatrique
Délai moyen de réadmission des patients réadmis en réhabilitation psychiatrique, en jours
Taux de mortalité avec entrées/sorties le même jour, en %
Taux de mortalité sans entrées/sorties le même jour, en %
Incidence annuelle des bactériémies par 1000 journées de cathéters centraux en soins intensifs
Incidence annuelle des infections urinaires par 1000 journées de sondage urinaire en soins intensifs
Incidence annuelle des pneumonies par 1000 journées d'intubation en soins intensifs
Incidence annuelle des infections urinaires 8 jours après la pose d'une sonde urinaire en radiothérapie, en %
Taux de journées d'hospitalisation avec douleur soulagée, en %
Pourcentage de journées patients auditées par le PRN ou autre échantillon représentatif de l'activité annuelle évaluables avec l'échelle EVA présentant un score douleur au cours de la journée égal ou supérieur à 4
Taux de séances de radiothérapie avec un score douleur égal ou supérieur à 2 EVS ou 4 échelle EVA, en %

Taux d'escarres (stades 1,2,3,4) acquises pendant une hospitalisation de plus de 24 heures sur base des journées auditées PRN ou autre échantillon représentatif de l'activité annuelle, en %
Taux de chutes lors des audits PRN ou autre enquête représentative, en %
Taux de chutes des patients pris en charge en radiothérapie, en %
Taux de césariennes, en %
Taux de césariennes programmées, en %
Nombre de contentions physiques pour 100 journées d'hospitalisation en psychiatrie
Durée moyenne des contentions physiques en psychiatrie en heures
Taux moyen global de gain d'indépendance fonctionnelle en fonction de l'indépendance fonctionnelle à l'entrée, en %
Taux moyen de gain d'indépendance fonctionnelle en fonction de l'indépendance fonctionnelle à l'entrée lors d'une rééducation neurologique post-AVC, en %
Taux moyen de gain d'indépendance fonctionnelle en fonction de l'indépendance fonctionnelle à l'entrée lors d'une rééducation post-orthopédique, en %
Taux global de toxicité tardive de la muqueuse rectale après radiothérapie pour cancer de la prostate, en %
Taux de retours à domicile au Centre national de rééducation, en %
Taux d'absentéisme annuel global pour l'ensemble des personnels, en %
Fréquence moyenne globale de l'absentéisme pour l'ensemble des personnels
Durée moyenne de l'absentéisme pour l'ensemble des personnels, en heures
Taux d'accidents par exposition au sang, par ETP
Taux d'accidents par exposition au sang pour le personnel de la catégorie soins, par ETP
Taux d'occupation moyen global sur les lits autorisés, en %
Taux de dépassement du total des frais fixes réels opposables par rapport au budget des frais fixes négocié, en %
Taux de dépassement du total des frais variables réels opposables par rapport au budget des frais variables négocié, en %
Durée moyenne de séjour globale de l'établissement sans entrées/sorties le même jour, en jours
Taux d'interventions chirurgicales pour cataracte faites en hospitalisation de jour, en %
Taux d'interventions chirurgicales pour hernie inguinale faites en hospitalisation de jour, en %
Taux d'interventions chirurgicales pour stripping de varices faites en hospitalisation de jour, en %

Taux d'interventions chirurgicales pour arthroscopie du genou faites en hospitalisation de jour, en %
Délai moyen de facturation pour les sorties stationnaires, en jours
Délai moyen d'admission en hospitalisation au Centre national de rééducation, en jours
Taux de dépenses de consommables achetés par le biais du groupement d'achat, en %
Taux de consommables achetés par l'hôpital sur base du maximum possible par rapport à l'offre du groupement d'achat, en %
Durée moyenne d'occupation d'une salle opératoire les jours ouvrables, en heures
Durée moyenne entre la sortie de salle d'un patient et l'entrée en salle du patient suivant pendant les périodes d'activité opératoires continues, en minutes
Durée moyenne de l'acte opératoire (entre le début Op et la fin d'OP), en minutes
Taux moyen de non-fonctionnalité des accélérateurs au Centre de radiothérapie par jour ouvrable, maintenance déduite, en %
Taux de couverture des lits par une distribution unit dose sur base d'une ordonnance médicale nominative par patient, en %
Nombre de codes ATC inscrits dans le formulaire thérapeutique de l'hôpital
Pourcentage du coût des médicaments inscrits dans le formulaire thérapeutique de l'hôpital

La présente publication ne constitue qu'un instrument de consultation. Elle ne remplace pas les publications officielles au Mémorial qui sont les seules faisant foi.