

Convention entre la Caisse nationale de santé et la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois, conclue en exécution de l'article 75 et suivants du Code de la sécurité sociale

Titre I - Etendue de la convention

Champ d'application

Article 1. La présente convention s'applique aux hôpitaux, aux établissements hospitaliers spécialisés, aux centres de diagnostic ainsi qu'aux établissements d'accueil pour personnes en fin de vie tels que visés par la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, 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 tous 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 ».

La « période budgétaire » détermine une période de deux années consécutives pour lesquelles les budgets annuels individuels sont négociés entre les établissements et la CNS.

4-2 : Centres de frais

Il existe cinq 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 produit des unités d'œuvre qui sont facturées à la CNS.

Elle peut se composer d'un ou de plusieurs centres de frais principaux.

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

3. Centre de frais opposable hors entité fonctionnelle

Le terme « centre de frais opposable hors entité fonctionnelle » désigne un centre de frais de l'établissement dont les coûts prévus à l'article 21 de la présente convention sont pris en charge par la CNS dans le cadre du budget, mais en dehors des entités fonctionnelles. Les frais variables directs sont imputés sur ce centre de frais sans qu'il y a génération d'unité d'œuvre.

4. 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.

5. 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 toute prise en charge d'un patient lors d'un séjour ambulatoire ou stationnaire.

Un séjour ambulatoire désigne un séjour de jour dans un lit d'hospitalisation de jour tel que défini à l'article 2, paragraphe 1^{er}, point 8 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière. Tout autre séjour avec occupation d'un lit tel que défini à

l'article 2, paragraphe 1^{er}, points 4 à 7 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière est à considérer comme séjour stationnaire.

Enveloppe globale

Article 5. L'enveloppe budgétaire globale définie à l'article 1^{er} du règlement grand-ducal du 11 août 2011 précisant les règles d'établissement de l'enveloppe budgétaire globale et des budgets spécifiques des hôpitaux 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 sœurs 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'œuvre 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.

Forfaits faisant partie des budgets spécifiques

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 visés à l'article 2 du règlement grand-ducal du 11 août 2011 précisant les règles d'établissement de l'enveloppe budgétaire globale et des budgets spécifiques des hôpitaux ainsi que les éléments à inclure de façon forfaitaire sont établis suivant des règles convenues entre parties et peuvent couvrir tout ou partie des autres charges externes et des autres charges d'exploitation 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 de la présente convention.

Forfaits dans le cadre d'une antenne de service

Article 6bis. Conformément à l'article 9, paragraphe 6 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière et aux articles 74, alinéa 6, 76, alinéa 1^{er}, tiret 5 et 78, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale, la CNS paie mensuellement par appareil, équipement ou projet sous forme de « forfaits pour antenne de service » les prestations opposables dédiées aux soins de santé ambulatoires et dispensées au sein d'une antenne par service visé à l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière. Ces forfaits sont exclus de l'enveloppe budgétaire globale.

Ces forfaits englobent :

- les frais de location des infrastructures mobilières et immobilières ;

- les frais d'investissement mobiliers et immobiliers non soumis à participation étatique ; et
- les frais de fonctionnement mobiliers et immobiliers, dont notamment la maintenance, les consommables, les frais liés à l'archivage des résultats délivrés, les frais de personnel soignant et administratif, les frais de gestion et les frais d'assurance, sous réserve que ces frais aient trait aux équipements, appareils ou projets visés aux articles 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4, et 15 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

Le montant des forfaits pour antenne de service par appareil, équipement ou projet varie en fonction du type de l'équipement, de l'appareil ou du projet visé, des frais de fonctionnement et de location des infrastructures mobilières et immobilières et des frais de fonctionnement et d'investissements mobiliers et immobiliers non soumis à participation étatique, du nombre de prestations réalisées par année civile et du seuil d'activité de référence.

Les seuils d'activité de référence sont fixés par année civile. Par type d'équipement, d'appareil ou de projet, il y a deux seuils d'activité de référence. Ces seuils d'activité de référence sont fixés de manière uniforme par catégorie d'équipement, d'appareil ou de projet et inscrits à l'annexe 8.

Le forfait pour antenne de service, pouvant être mis en compte sur base d'un état justificatif, est lié à un seuil d'activité de référence déterminé en fonction du type d'équipement, d'appareil ou de projet. Le forfait à mettre en compte est dépendant du nombre de prestations réalisées par année civile. L'activité réelle de ces prestations réalisées est identifiée sur base d'un décompte du nombre de prestations réalisées à l'aide de l'équipement, de l'appareil ou du projet pour lequel le ministre ayant la Santé dans ses attributions a émis une autorisation conformément aux articles 15 ou 20*bis* de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière. L'activité réelle des prestations réalisées par année civile est remise à zéro au 1^{er} janvier de chaque année civile.

Tant que, par année civile, l'activité réelle résultant du décompte est inférieure ou égale au premier seuil d'activité de référence déterminé pour l'équipement, l'appareil ou le projet visé, le montant du forfait plein « F1 » qui tient compte des frais de fonctionnement et de location des infrastructures mobilières et immobilières et des frais de fonctionnement et d'investissements mobiliers et immobiliers non soumis à participation étatique, qui ont trait aux équipements, appareils ou projets visés, est à mettre en compte par prestation réalisée.

Dès que, par année civile, l'activité réelle résultant du décompte est supérieure au premier seuil d'activité de référence, et inférieure ou égale au deuxième seuil d'activité de référence déterminé pour l'équipement, l'appareil ou le projet visé, le montant du forfait réduit « F2 » qui tient compte des frais de fonctionnement et de location des infrastructures mobilières et immobilières non soumis à participation étatique et des frais de fonctionnement et d'investissements mobiliers et immobiliers non soumis à participation étatique, qui ont trait aux équipements, appareils ou projets visés, est à mettre en compte par prestation réalisée.

Dès que, par année civile, l'activité réelle résultant du décompte est supérieure au deuxième seuil d'activité de référence déterminé pour l'équipement, l'appareil ou le projet visé, le montant du forfait réduit « F3 » qui tient compte uniquement des frais de fonctionnement variables de l'équipement, de l'appareil ou du projet visé, est à mettre en compte par prestation réalisée.

La durée de vie utile de l'équipement, de l'appareil ou du projet, fixée à l'annexe 8, peut être prolongée de maximum deux ans, tant que le premier seuil d'activité de référence ou le deuxième seuil d'activité de référence n'a pas été atteint au cours d'une ou de plusieurs années de la durée de vie utile de l'équipement, de l'appareil ou du projet. Dans ce cas :

- La totalité du nombre de forfaits pleins « F1 » mis en compte lors de la durée de vie utile de l'équipement, de l'appareil ou du projet ne peut dépasser le nombre du produit du premier seuil d'activité de référence multiplié par la durée de vie utile non prolongée en années ;
- Le nombre maximal de forfaits pleins « F1 » pouvant être mis en compte par année civile reste limité au premier seuil d'activité de référence ;
- La totalité du nombre de forfaits réduits « F2 » mis en compte lors de la durée de vie utile de l'équipement, de l'appareil ou du projet ne peut dépasser le nombre du produit du deuxième seuil d'activité de référence multiplié par la durée de vie utile non prolongée en années ; et
- Le nombre maximal de forfaits réduits « F2 » pouvant être mis en compte par année civile reste limité au deuxième seuil d'activité de référence.

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 tel que prévu à l'article 77, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale.

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 (ci-après « IGSS ») pour le 15 juillet au plus tard tel que visé à l'article 3 du règlement grand-ducal du 11 août 2011 précisant les règles d'établissement de l'enveloppe budgétaire globale et des budgets spécifiques des hôpitaux ainsi que les éléments à inclure de façon forfaitaire. 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 hospitaliers avant le 15 octobre. La Commission des budgets hospitaliers tranche définitivement avant le 1^{er} 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 hospitaliers.

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 mises à disposition par la CNS sur son site Internet. La commission technique financière est demandée en son avis.

La liste portant énumération et définition des entités fonctionnelles, des centres de frais et des unités d'œuvre sont reprises à l'annexe 1 de la présente convention.

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 des normes visée à l'article 26 de la présente convention 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 y inclus la méthode de détermination du nombre moyen d'ETP ainsi que les éléments à retenir pour le calcul sont détaillés à l'annexe 2 de la présente convention.

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, techniques, logistiques ou médico-techniques selon une liste à définir par la commission technique financière prévue à l'article 24 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 hospitaliers 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 de la présente convention 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 des investissements prévus aux points 1 à 5 de l'article 27 de la présente convention est pris en charge sur base d'un échéancier établi par type d'investissement. Suivant les dispositions de l'article 74, alinéa 9 du Code de la sécurité sociale, la CNS établit cet échéancier conformément aux règles du plan comptable sectoriel respectivement sur base d'un accord entre la CNS et l'établissement concerné. L'amortissement des subventions d'investissement est pris en charge selon les mêmes principes.

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 Code de la sécurité sociale :

- 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

à déduire au niveau des centres de frais concernés.

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 rendues à des personnes protégées à titre de convenance personnelle ou exclues de l'objet de l'assurance maladie font l'objet d'une facturation supplémentaire à charge de la personne protégée sous condition que celle-ci ou l'accompagnateur selon la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient ait été informé, avant la délivrance des prestations sur le coût des prestations qui est à sa charge personnelle.

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

- 1) les prestations rendues à des personnes non protégées au sens de l'article 2 de la présente convention ;
- 2) les prestations rendues à des personnes protégées, mais exclues de l'objet de l'assurance maladie : il s'agit des prestations qui ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie ou l'assurance accidents ou pour lesquelles les conditions de prise en charge prévues par les lois, règlements et statuts en vigueur ne sont pas remplies ;
- 3) les prestations rendues à des personnes protégées à titre de convenance personnelle, notamment :
 - hospitalisation en chambre individuelle : il s'agit des frais supplémentaires tel que visé à l'article 18 de la présente convention correspondant à une occupation en chambre individuelle par rapport à une occupation en chambre à deux lits,
 - locations de confort (coffre-fort, accès internet, télévision, frais téléphoniques, réfrigérateur, etc.) ;
- 4) 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 ;
- 5) les services dans l'intérêt des professions de santé en pratique libérale, notamment :
 - locaux occupés entièrement ou partiellement par les professionnels de santé pour leurs activités libérales (consultations, secrétariat, ...),
 - secrétaires au service des professionnels de santé en pratique libérale ;
- 6) les prestations des laboratoires d'analyses de biologie médicale hospitaliers pour le milieu extrahospitalier ;
- 7) l'école, pour autant que sa prise en charge est réglée par voie législative ou réglementaire ;

8) 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 ;

9) 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, ...) ;

10) les activités de recherche et d'enseignement effectuées par les établissements. Les coûts en relation avec ces activités sont à calculer suivant les règles déterminées au niveau de la comptabilité analytique ;

11) les activités des centres de diagnostic à l'exception des activités liées à l'anatomopathologie et à la génétique humaine pour les prestations qui sont prises en charge par l'assurance maladie.

Supplément pour hospitalisation en chambre individuelle

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

- un lavabo individuel à eau froide et chaude
- des toilettes individuelles ou à usage concomitant pour deux chambres
- un équipement d'appel électronique
- une surface utilisable de 11 m², salle de bains et toilettes non comprises

Le supplément pour chambre individuelle n'est pas dû, lorsque :

- la chambre individuelle est occupée par un patient pour des raisons médicales,
- la chambre individuelle est occupée par 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. L'assuré a droit à une hospitalisation sans supplément à sa charge dans les limites des chambres disponibles.

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
- des toilettes
- une douche
- un équipement d'appel électronique infirmier avec radio intégrée.

Tout confort supplémentaire fait l'objet d'un supplément à charge du patient ou de l'accompagnateur qui doit en être informé au préalable conformément aux dispositions prévues par la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient.

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 de la présente convention, 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 de la présente convention.

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. Les modalités de prise en charge ainsi que l'établissement de la liste limitative sont proposés par la commission technique financière.

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'établissement.

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

Les règles d'établissement des budgets sont précisées à l'annexe 4 de la présente convention.

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 convention collective de travail des salariés occupés dans les établissements hospitaliers et dans les établissements membres de la Fédération des hôpitaux luxembourgeois, en abrégé CCT-FHL
- 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 respectivement de trois représentants effectifs et trois représentants suppléants de la FHL et de la CNS. Les membres de la commission technique financière 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 technique financière 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 de la présente convention, après avis de la commission des normes prévue à l'article 26 de la présente convention
- 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.
- d'aviser tout changement du plan comptable et des règles de la comptabilité générale et 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 voire une autre méthodologie de mesure de la charge de travail.

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 respectivement de trois représentants effectifs et trois représentants suppléants de la FHL et de la CNS. La commission des normes peut, 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 des normes 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.

La commission des normes établit un rapport appelé « document fixant les normes de dotation pour les années budgétaires N+1 et N+2 » reprenant les normes et la méthodologie arrêtées pour la détermination des nombres d'équivalents temps plein dans le cadre des négociations des budgets individuels pour la période budgétaire à venir. Pour que le rapport puisse être pris en compte pour la détermination du nombre d'ETP, il doit être validé par les conseils d'administration respectifs de la CNS et de la FHL avant le 1er mai de chaque année paire. En cas d'accord, le rapport sera validé pour les normes approuvées avec une clause que les normes en suspens devraient être finalisées avant le 31 décembre de l'année paire. Les normes en suspens seront validées le cas échéant par un avenant du rapport établi par la commission des normes et s'appliqueront pour la période budgétaire concernée. A défaut de validation du rapport avant le terme imparti, un litige peut être constaté par la partie la plus diligente qui pourra enclencher la procédure prévue à l'article 44 de la présente convention.

Titre IV - Investissements hospitaliers

Types d'investissements

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

- 1) les investissements subventionnés à la hauteur de 80% par l'Etat pour lesquels la CNS prend en charge 20%
- 2) les investissements opposables négociés individuellement avec la CNS
- 3) les investissements à aviser favorablement par la Commission technique d'investissement informatique FHL-CNS
- 4) les investissements soumis à autorisation de la part du Ministère de la Santé sans être subventionnés par celui-ci, à condition de présenter l'autorisation ministérielle à la CNS
- 5) les investissements non soumis à autorisation, ni de la part du Ministère de la Santé, ni de la part de la CNS
- 6) les investissements non opposables.

Budget d'investissement courant

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

Sont à considérer comme investissements courants, les investissements opposables non-subventionnés prévus sous les points 2, 4 et 5 de l'article 27 de la présente convention.

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

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 technique d'investissement effectue une évaluation des projets d'investissement non subventionnés dans le domaine informatique suivant une liste établie par ladite commission.

Elle doit en outre prévoir des standards communs pour des projets d'investissement tant informatiques que médico-techniques :

- 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.).
- sur le plan des modalités de détermination du montant relatif au leasing à imputer sur l'enveloppe concernée.

La commission technique d'investissement 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.

Liquidation 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'œuvre réalisées par patient. Les remboursements se font en bloc au plus tard 30 jours après la présentation de la facture mensuelle.

La liquidation est accompagnée d'un relevé mensuel récapitulatif des nombres d'unités d'œuvre 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 budgétaire 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. Toute demande en rectification doit comporter une liste des postes du budget concernés, les facteurs de correction à appliquer ainsi qu'une argumentation dûment documentée comportant les motifs ayant conduit au dépassement de la ou des positions budgétaires.

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*bis* 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 et l'acceptation des différents contrats d'objectifs et de moyens (COM) suite à un accord signé entre la FHL et la 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'œuvre 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, alinéa 1^{er} de la présente convention
- les subventions d'exploitation de l'Etat
- l'amortissement de l'actif immobilisé
- l'amortissement des subventions d'investissement de l'Etat.
- les participations sur les prestations délivrées dans le secteur hospitalier, qui sont grevées dans le secteur extra-hospitalier d'une participation de la personne protégée.

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, alinéa 1^{er} de la présente convention
- 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'œuvre conformément à l'article 34 de la présente convention.

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 de la présente convention.

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 de la présente convention.

Les bénéfices de rationalisation visés aux articles 38 et 39 de la présente convention 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 de la présente convention est à appliquer.

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

Programme qualité

Article 40. Un programme qualité est élaboré par la commission d'évaluation prévue à l'article 40*bis* de la présente convention.

Le programme qualité se base sur une vision pluriannuelle.

La commission d'évaluation détermine les contenus détaillés pour chaque module du programme qualité avant le 31 octobre de l'année précédant l'exercice budgétaire au cours de laquelle le programme qualité est applicable ainsi que les éléments livrables à fournir. L'ensemble des éléments livrables constitue le rapport qualité de l'établissement hospitalier. Les contenus du programme qualité sont communiqués aux établissements hospitaliers au plus tard le 1er décembre de l'année précédant l'année de l'exercice budgétaire au cours de laquelle le programme est applicable.

Les établissements hospitaliers doivent remettre leur rapport qualité au plus tard le 31 mars de l'année subséquente. Dans les cas où l'établissement hospitalier est dans l'impossibilité matérielle de rendre son rapport qualité dans le délai précité en raison de circonstances indépendantes de sa volonté, la commission d'évaluation peut reporter l'échéance à une date ultérieure. Ce report fait l'objet d'une demande individuelle de l'établissement hospitalier concerné avant le 31 mars de l'année suivant l'année pour laquelle l'établissement hospitalier est évalué.

Les modules du programme qualité repris à l'annexe 7 se composent comme suit :

- Module 1 : Accréditation et Qualité
- Module 2 : Transparence
- Module 3 : Indicateurs.

Commission d'évaluation

Article 40*bis*. Il est institué une commission d'évaluation paritaire composée respectivement de trois représentants effectifs et trois représentants suppléants de la FHL et de la CNS.

Les membres de la commission d'évaluation peuvent, le cas échéant, se faire assister par des experts internes ou externes.

La commission d'évaluation est chargée annuellement de :

- définir le programme qualité,
- élaborer le contenu détaillé et les éléments livrables à fournir par les parties pour les modules du programme qualité,
- définir les facteurs de pondération applicables aux différents modules du programme qualité permettant de déterminer le taux de la prime annuelle,
- fixer les délais pour la remise des éléments livrables dans le cadre du programme qualité,
- établir les décotes applicables pour les niveaux d'avancement 1 et 2 du module 1 « Accréditation et Qualité » par rapport au niveau d'avancement 3 du module 1, l'obtention du niveau 3 donnant droit au taux maximum de prime annuelle imputable au volet accréditation du module 1,
- évaluer le rapport fourni par chaque établissement hospitalier et déterminer le pourcentage des objectifs atteints pour chaque module,

- définir le taux de la prime annuelle endéans les six mois de la remise des rapports qualité par les établissements hospitaliers et fournir un rapport individuel de cette évaluation pour chaque établissement hospitalier.

Dans le cas où la commission d'évaluation ne se met pas d'accord sur le contenu d'un module endéans le délai prévu à l'article 40, alinéa 3 de la présente convention, le contenu de ce module défini pour l'exercice budgétaire précédent est reconduit. Dans ce cas, le résultat obtenu pour le module en question est reconduit moyennant une décote de 50%. Une nouvelle reconduction pour ce module ne pourra pas intervenir pour les quatre années suivantes.

Prime annuelle

Article 41. Sur base de l'évaluation des rapports qualité fournis par les établissements hospitaliers, la CNS verse une prime annuelle à chaque établissement hospitalier participant au programme qualité. La prime annuelle maximale qu'un établissement hospitalier peut atteindre est de 2% du budget des charges opposables après décompte final de l'exercice budgétaire de l'année concernée. Les modalités de la liquidation de la prime annuelle sont précisées aux alinéas suivants.

La pondération du module 1 « Accréditation et Qualité » ne peut pas être inférieure à 60% de la prime annuelle pour les exercices budgétaires à venir jusqu'à l'exercice budgétaire de l'année 2027 inclus.

Les centres hospitaliers financent via la prime annuelle les frais suivants relatifs à l'obtention ou au maintien de l'accréditation :

- les frais pour le contrat de prestations avec ACI respectivement JCI,
- les frais d'accompagnement et de consultance,
- la dotation en personnel dépassant, le cas échéant, la norme de dotation « Fonctionnalité cellule qualité » prévue dans le rapport intitulé « document fixant les normes de dotation pour les années budgétaires N+1 et N+2 » prévu à l'article 26, alinéa 3 de la présente convention.

Le montant résultant de l'application du taux de prime annuelle déterminé par la commission d'évaluation ne peut pas être affecté à des prestations non opposables à l'assurance maladie au sens de l'article 74, alinéa 5 du Code de la sécurité sociale, ni à des frais non opposables au sens de l'article 17 de la présente convention, ni à la prestation des actes et services des médecins ou médecins-dentistes visée à l'article 60, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale. La décision d'affectation relève de l'établissement hospitalier dans les limites de ce qui précède.

L'établissement hospitalier fournit à la suite de l'arrêt du décompte définitif par la CNS en vertu de l'article 79, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale, un relevé chiffré de l'affectation de la prime annuelle sur les différentes catégories de frais fixes respectivement les différentes entités fonctionnelles en ce qui concerne les frais variables pour l'exercice décompté en question. Le solde de la prime annuelle non affecté est reportable d'année en année.

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 hospitaliers qui tranche définitivement endéans un mois à compter de la date de sa saisine.

Prime ou révision dans le cadre d'une exploitation efficiente ou non efficiente d'une antenne de service

Article 41bis. Dans le cadre des forfaits pour antenne de service prévus à l'article 6bis, les parties négocient des indicateurs pertinents relatifs aux différentes dimensions de la qualité concernant les prestations délivrées dans les antennes de service visées à l'article 6bis.

Il s'agit d'indicateurs se rapportant à

- la qualité et la sécurité des soins,
- l'évaluation de pratiques cliniques,
- des résultats cliniques,
- la qualité des soins perçue par le patient,
- l'efficacité et l'efficience de l'organisation et de la gestion des antennes de service, et
- à l'accessibilité aux prestations.

Ces indicateurs figurent à l'annexe 9.

Les parties s'engagent à assurer la coordination nécessaire avec le Comité de gestion interhospitalière, visé à l'article 28 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ou tout autre institution en charge de l'assurance qualité des prestations délivrées dans les antennes visées à l'article 6bis.

Un niveau d'atteinte de ces indicateurs par équipement, appareil ou projet d'une antenne de service est fixé à l'annexe 9 et exprimé en valeurs cibles. Le fait d'atteindre ou de ne pas atteindre ce niveau permet de définir le montant de la prime ou de la révision attribué à l'antenne de service concernée.

Si la valeur du niveau d'atteinte des indicateurs, réalisée par année civile et par équipement, appareil ou projet d'une antenne de service, est supérieure ou égale à la valeur cible de prime fixée à l'annexe 9, la prime se calcule comme suit :

Prime = Taux de la prime × valeur du niveau d'atteinte des indicateurs réalisée par année civile × montant total liquidé par équipement, appareil ou projet pour cette année civile.

Dans ce calcul : Le taux de la prime est exprimé en pourcentage, tel que défini à l'annexe 9. La valeur du niveau d'atteinte des indicateurs réalisée par année civile est exprimée en pourcentage par équipement, appareil ou projet d'une antenne de service. Le montant total liquidé par équipement, appareil ou projet d'une antenne de service conformément à l'article 6bis est exprimé en euros et par année civile.

Si la valeur du niveau d'atteinte des indicateurs, réalisée par année civile et par équipement, appareil ou projet d'une antenne de service, est inférieure à la valeur cible de révision fixée à l'annexe 9, la révision se calcule comme suit :

Révision = Taux de la révision × (100% - valeur du niveau d'atteinte des indicateurs réalisée par année civile) × montant total liquidé par équipement, appareil ou projet pour cette année civile.

Dans ce calcul : Le taux de la révision est exprimé en pourcentage, tel que défini à l'annexe 9. La valeur du niveau d'atteinte des indicateurs réalisée par année civile est exprimée en pourcentage par équipement, appareil ou projet d'une antenne de service. Le montant total liquidé par équipement, appareil ou projet d'une antenne de service conformément à l'article 6bis est exprimé en euros et par année civile.

En cas de pluralité d'équipement, d'appareil ou de projet par antenne de service, le montant de la révision est soustrait au montant de la prime. Lorsque la valeur de la différence ainsi obtenue est positive ou lorsqu'il n'y a pas de révision, la valeur de la différence, respectivement la prime, est ajoutée au budget externe du centre hospitalier qui dispose de cette antenne de service. Dans cette hypothèse, le montant résultant de la prime ne peut pas être affecté à des prestations non opposables à l'assurance maladie au sens de l'article 74, alinéa 5 du Code de la sécurité sociale, ni à des frais non opposables au sens de l'article 17 de la présente convention, ni à la prestation des actes et services des médecins ou médecins-dentistes visée à l'article 60, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale. Lorsque la valeur de la différence est négative ou lorsqu'il n'y a pas de prime, la valeur de la différence, respectivement la révision, est déduite de la prime annuelle, visée à l'article 41, du centre hospitalier qui dispose de cette antenne de service.

Titre IX - Commission des budgets hospitaliers

Modalités de désignation

Article 42. Dans le cadre d'un litige constaté entre la CNS et un établissement hospitalier tel que visé à l'article 43 de la présente convention, la commission des budgets hospitaliers se compose, conformément à l'article 77 alinéa 3 du Code de la sécurité sociale, de :

- deux membres de la CNS désignés par le conseil d'administration de la CNS ;
- un membre de la FHL désigné par le conseil d'administration de la FHL ;
- un membre de l'établissement hospitalier concerné désigné par celui-ci ;
- un président désigné d'un commun accord par les parties.

Dans le cadre d'un litige constaté entre la CNS et la FHL tel que visé à l'article 44 de la présente convention, la commission des budgets hospitaliers se compose de :

- deux membres de la CNS désignés par le conseil d'administration de la CNS,
- deux membres de la FHL désignés par le conseil d'administration de la FHL,
- un président désigné d'un commun accord par les parties.

La commission des budgets hospitaliers se compose en outre d'un nombre de membres suppléants égal à celui des membres effectifs.

La durée du mandat des membres de la CNS et de la FHL désignés est de deux ans, sauf révocation anticipée. Le mandat est renouvelable.

Le membre de l'établissement hospitalier concerné est désigné pour la période du litige concerné et la durée du mandat est limitée à la durée du litige.

Modalités d'intervention de la commission des budgets hospitaliers et procédure à suivre

Article 42bis. 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.

Lors d'un différend entre la CNS et un établissement individuel, la commission des budgets hospitaliers reçoit le rapport de la FHL qui reprend les arguments de la phase pré-litigieuse, telle que visée à l'article 43 de la présente convention, chiffrés des deux parties, les comptes rendus, et toutes informations et pièces supplémentaires que la commission des budgets estime nécessaire pour trancher le différend.

Litige entre un établissement et la CNS

Article 43. En cas de différend entre un établissement et la CNS dans le cadre de la détermination des budgets prévisionnels pour chacun des deux exercices suivants, la partie la plus diligente pourra saisir avant le 1^{er} décembre de l'année paire la FHL qui organisera une réunion de concertation dans les 3 semaines qui suivent sa saisine. Chaque partie communique par écrit sa position à la FHL endéans les 5 jours ouvrables à dater de la saisine. Lorsqu'à l'issue de la réunion de concertation, les parties ne parviennent pas à trouver un accord, la FHL dresse un rapport qu'elle transmet aux parties et à la commission des budgets.

En cas de différend subsistant après la phase pré-litigieuse visée à l'alinéa précédent, il appartient à la CNS de saisir la commission des budgets hospitaliers avant le 1^{er} janvier.

Dans le cadre de la détermination du budget prévisionnel, le différend est soumis à la commission des budgets hospitaliers avant le 1^{er} 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 1^{er} mars sur base de l'article 77, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale.

En cas de différend au sujet d'une rectification individuelle du budget, la commission des budgets hospitaliers peut être saisie par la partie la plus diligente respectivement de l'établissement ou de la CNS. Si la commission des budgets ne parvient pas à concilier les parties, elle tranche le litige définitivement dans le délai d'un mois.

Lorsque le différend émane d'une rectification du budget, la commission des budgets hospitaliers doit être saisie avant le 1^{er} mars suivant la période pour laquelle le budget a été établi sur base de l'article 79, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale. Si la commission des budgets hospitaliers ne parvient pas à concilier les parties, elle tranche le litige définitivement dans le délai d'un mois.

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 budgétaire globale, d'une rectification générale des budgets, de la détermination de la prime annuelle, d'un désaccord au niveau de la commission des normes ou du montant des cotisations à la FHL, la commission des budgets hospitaliers peut être saisie par la partie la plus diligente respectivement de la FHL et de la CNS.

Si la commission des budgets hospitaliers ne parvient pas à concilier les parties, elle tranche le litige en dernier ressort endéans un mois à compter de la date de sa saisine.

Titre X - Informations hospitalières

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'œuvre 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.

Article 46. L'admission en séjour en milieu hospitalier 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 en milieu hospitalier, 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 en milieu hospitalier vers un autre hôpital en vue d'un examen ou d'une intervention, l'hôpital qui reçoit 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 ou ambulatoire.

Sans préjudice des obligations leur incombant en vertu de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, les établissements informent les patients hospitalisés sur les frais hospitaliers à charge du patient et non pris en charge par la CNS.

Documentation hospitalière

Article 47. A la fin du traitement en milieu hospitalier d'une personne protégée, le service de documentation médicale de l'hôpital accède au contenu du dossier individuel du patient hospitalier 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 38 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

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 de séjour en milieu hospitalier 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 en milieu hospitalier tel que prévu par le cahier des charges.

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 en milieu hospitalier 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.

Protection des données à caractère personnel

Article 47ter. Dans le cadre des obligations découlant de la présente convention et des dispositions légales applicables, ainsi que dans le cadre des traitements de données à caractère personnel en découlant directement ou indirectement, la FHL, les établissements et la CNS s'engagent au respect de la loi du 1^{er} août 2018 portant organisation de la Commission nationale pour la protection des données et du régime général sur la protection des données, ainsi qu'au respect du règlement (UE) 2016/679 de l'Union Européenne sur la protection des données.

Titre XI - Délivrance de fournitures dans le secteur extrahospitalier

Article 48. La fourniture au secteur extra-hospitalier de médicaments et de dispositifs médicaux pour le traitement de patients à domicile se fait conformément aux dispositions de l'article 9 du règlement grand-ducal modifié du 1^{er} mars 2002 relatif à la pharmacie hospitalière et au dépôt hospitalier de médicaments.

Les établissements hospitaliers concernés transmettent à la CNS, sur base mensuelle, un fichier de facturation selon le lay-out 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. La présente convention peut être modifiée à tout moment d'un commun accord par chaque partie contractante et être dénoncée en tout ou en partie par chacune de ces parties moyennant un préavis de douze mois sur base de l'article 63, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale.

Toute modification de la présente convention ou de ses annexes doit faire l'objet d'un avenant daté et signé entre parties.

Dispositions transitoires

Article 52. Pour l'année 2021 et par dérogation à l'article 40, alinéa 3 de la présente convention, la commission d'évaluation détermine les contenus détaillés pour chaque module du programme qualité applicable pour l'exercice budgétaire de l'année 2021 avant le 31 décembre 2021 et les communique aux établissements hospitaliers au plus tard le 31 décembre 2021.

Pour l'année 2022 et par dérogation à l'article 40, alinéa 3 de la présente convention, la commission d'évaluation détermine les contenus détaillés pour chaque module du programme qualité applicable pour l'exercice budgétaire de l'année 2022 avant le 31 mars 2022 et les communique aux établissements hospitaliers au plus tard le 31 mai 2022.

Par dérogation à l'article 40, alinéa 4 de la présente convention, les établissements hospitaliers doivent remettre leur rapport relatif au programme qualité de l'année 2021 au plus tard le 1er juin 2022.

Dispositions finales

Article 53. Le cahier des charges relatif aux documents et formulaires standardisés ainsi qu'aux moyens de transmission des données entre les établissements hospitaliers, les personnes protégées, la Caisse nationale de santé (CNS), le Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS), pris en exécution de la convention entre la Fédération des hôpitaux luxembourgeois (FHL) et la Caisse nationale de santé, ainsi que les annexes énoncées ci-après font partie intégrante de la présente convention :

Annexe 1 : Règles de comptabilité générale et analytique

Annexe 2 : Modèle d'adaptation du salaire moyen

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

Annexe 4 : Règles d'établissement des budgets

Annexe 5 : Schéma de présentation des budgets

Annexe 6 : Pondération des unités d'œuvre non opposables

Annexe 7 : Contenu des modules du programme qualité.

Annexe 8 : Méthodologie pour déterminer les forfaits dans le cadre d'une antenne de service, visés par l'article 6bis

Annexe 9 : Critères de détermination de la prime ou de la révision dans le cadre d'une exploitation efficiente ou non efficiente d'une antenne de service.

Annexe 8 : Méthodologie pour déterminer les forfaits dans le cadre d'une antenne de service, visés par l'article 6bis

Le calcul des forfaits visés par l'article 6bis, effectué conformément à l'article 6bis, respecte les seuils, les descriptions et les valeurs monétaires suivants :

1. Durée de vie utile et seuils d'activité de référence :

1.1. Service d'imagerie médicale

Appareil ou équipement	Antenne de service	Durée de vie utile en années	Premier seuil d'activité de référence	Deuxième seuil d'activité de référence
Tomographe à résonnance magnétique nucléaire	HRS – Cloche d'Or	10	5.000	6.600
Équipement d'imagerie médicale fonctionnant sur le principe de la tomodensitométrie à rayons X ou sur le principe de la tomosynthèse à rayons X, à l'exception d'un équipement de type tomographe volumique à faisceau conique (CBCT) à emplacement fixe utilisé à des fins de radiodiagnostic dans le domaine de la radiologie dentaire	HRS – Cloche d'Or	10	6.600	8.800
Table radiologique	HRS – Cloche d'Or	10	8.300	11.000
Équipement de mammographie (mammographie de dépistage)	HRS – Cloche d'Or	10	4.000	5.300
Équipement de mammographie (mammographie de dépistage)	CHL – Grevenmacher	10	3.200	4.300

1.2. Service d'oncologie

Projet	Antenne de service	Durée de vie utile en années	Premier seuil d'activité de référence	Deuxième seuil d'activité de référence
Oncologie	CHL – Grevenmacher	10	600	800

1.3. Service d'hospitalisation de jour non chirurgical

Projet	Antenne de service	Durée de vie utile en années	Premier seuil d'activité de référence	Deuxième seuil d'activité de référence
Hospitalisation de jour non chirurgical – Prise en charge des douleurs chroniques complexes	CHL – Grevenmacher	10	2.600	3.400

2. Forfaits applicable par appareil, équipement ou projet en fonction du seuil d'activité de référence

Nombre de prestations réalisées	Forfait à appliquer
Inférieur ou égal au premier seuil d'activité de référence	F1
Supérieur au premier seuil d'activité de référence, et inférieur ou égal au deuxième seuil d'activité de référence	F2
Supérieur au deuxième seuil d'activité de référence	F3

3. Composition des différents forfaits

Forfaits	Valeur monétaire résultant de l'addition des composantes reprises par ligne :
F1	C1 + C2 + C3 + C4 + C5
F2	C2 + C3 + C4 + C5
F3	C4

Chaque forfait est déterminé en fonction du résultat de l'addition des différentes composantes reprises par ligne dans le précédent tableau. Chaque composante est déterminée par équipement, appareil ou projet visés aux articles 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4, et 15 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

La composante « C1 » est l'équivalent monétaire annuel de la participation étatique aux frais de location des infrastructures mobilières et immobilières visée par l'article 20*bis* de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière et se calcule comme suit :

$$C1 = (80\% \text{ des frais de location autorisés des infrastructures mobilières } / \text{durée de vie utile en années et } 80\% \text{ des frais de location annuels des infrastructures immobilières}) / \text{nombre du premier seuil d'activité de référence.}$$

Dans ce calcul :

La durée de vie utile en années ne tient pas compte des éventuelles années de prolongation de cette durée de vie utile.

La composante « C2 » se base sur des frais de location ou d'investissement, hors participation étatique, des infrastructures mobilières et immobilières, et se calcule comme suit :

$$C2 = (\text{frais d'investissement des infrastructures mobilières et immobilières hors participation étatique} / \text{durée de vie utile en années et frais de location annuels des})$$

infrastructures mobilières et immobilières hors participation étatique) / nombre du deuxième seuil d'activité de référence.

Dans ce calcul :

La durée de vie utile en années ne tient pas compte des éventuelles années de prolongation de cette durée de vie utile.

La composante « C3 », dont la valeur monétaire est reprise au tableau ci-dessous, se base sur les frais de fonctionnement annuels de l'équipement, de l'appareil ou du projet par prestation réalisée, tels que combustibles et fournitures non stockables, maintenance, frais liés à l'archivage des résultats délivrés, frais de gestion et frais d'assurance divisés par le nombre du deuxième seuil d'activité de référence.

La composante « C4 », dont la valeur monétaire est reprise au tableau ci-dessous, se base sur les frais de fonctionnement variables de l'équipement, de l'appareil ou du projet par prestation réalisée, tels que consommation de marchandises et de matières premières et consommables en déduction de ceux couverts par la composante « C3 ».

La composante « C4 » peut varier en fonction de la nature de ces frais de fonctionnement variables utilisés pour réaliser une prestation opposable dédiée aux soins de santé ambulatoires et dispensées au sein d'une antenne par service visé à l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière. Si une telle variation de la composante « C4 » s'avère nécessaire, cette dernière est complétée par une lettre alphabétique en fonction de la nature de ces frais utilisée, déterminée au tableau ci-dessous.

La composante « C5 » se base sur les frais de personnel soignant et administratif à mettre en place pour pouvoir assurer une exploitation efficiente sur base d'une utilisation à plein régime de l'équipement, de l'appareil ou du projet, divisée par le nombre du deuxième seuil d'activité de référence. Cette composante, au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1^{er} janvier 1948 applicable à la date de la prestation, est fixée par type d'appareil, d'équipement ou de projet, et peut être adaptée sur base d'une négociation conventionnelle en fonction des adaptations de la convention collective de travail applicable au secteur hospitalier entraînant des modifications des charges du personnel soignant et administratif nécessaire pour l'exploitation efficiente de l'équipement, de l'appareil ou du projet visé ci-dessus et repris au tableau ci-dessous.

Appareil, équipement ou projet	C3 (en EUR)	C4 (en EUR)					C5 (en EUR), cote d'application de l'échelle mobile des salaires : 968,04
		(C4)	avec contraste (C4C)	0 euros < prix médicament* ≤ 20 euros (C4D)	20 euros < prix médicament* ≤ 89 euros (C4E)	89 euros < prix médicament* (C4F)	
Tomographe à résonnance magnétique nucléaire	49,50	1,30	23,50	N/A	N/A	N/A	42,20
CT (Scanner)	28,00	1,30	23,50	N/A	N/A	N/A	34,30
Table radiologique	18,80	1,30	N/A	N/A	N/A	N/A	29,50
Équipement de mammographie (mammographie de dépistage)	31,80	1,30	N/A	N/A	N/A	N/A	42,20

Oncologie	40,20	N/A	N/A	12,10	32,30	1.246,10	56,90
Hospitalisation de jour non chirurgical – Prise en charge des douleurs chroniques complexes	59,60	8,00	N/A	N/A	N/A	N/A	55,60

*Par les termes « prix médicament », on entend le prix d'achat du médicament par conditionnement ajusté à la quantité administrée.

4. Glossaire de la présente annexe

Le projet « Oncologie » est réservé aux patients soumis à des traitements de chimiothérapie injectable ou à des traitements médicamenteux connexes.

Le projet « Hospitalisation de jour non chirurgical – Prise en charge des douleurs chroniques complexes » couvre les traitements par perfusion de vitamines, lidocaïne ou kétamine, par application de patch de capsaïcine ou par séance de stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) dans le cadre du réseau de compétences « Douleur chronique ».

Annexe 9 : Critères de détermination de la prime ou de la révision dans le cadre d'une exploitation efficiente ou non efficiente d'une antenne de service

A la présente annexe sont inscrits les critères de détermination de la prime ou de la révision dans le cadre d'une exploitation efficiente ou non efficiente d'un appareil, équipement ou projet au sein d'une antenne de service visé par l'article 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

1. Indicateurs fixés par appareil, équipement ou projet

Appareil, équipement ou projet	Indicateurs fixés
Tomographe à résonnance magnétique nucléaire	Adéquation entre les éléments de justification médicale figurant sur les demandes d'examens d'imagerie médicale et le type d'examen réalisé, au regard du référentiel de bonne pratique reconnu au Luxembourg à savoir celui élaborée par la European Society of Radiology (ESR).
CT (Scanner)	Adéquation entre les éléments de justification médicale figurant sur les demandes d'examens d'imagerie médicale et le type d'examen réalisé, au regard du référentiel de bonne pratique reconnu au Luxembourg à savoir celui élaborée par la European Society of Radiology (ESR).
Table radiologique	Vérifier si les formulaires de demande d'examen d'imagerie médicale incluent toutes les indications requises tel que prévu à l'article 80 de la loi du 28 mai 2019 relative à la radioprotection. En tant que valeur cible il sera fixé pour chaque audit d'une part une valeur cible des formulaires de demande d'imagerie sur lesquelles toutes les indications requises sont reprises.
Equipeement de mammographie	Vérifier si les formulaires de demande d'examen d'imagerie médicale incluent toutes les indications requises tel que prévu à l'article 80 de la loi du 28 mai 2019 relative à la radioprotection. En tant que valeur cible il sera fixé pour chaque audit d'une part une valeur cible des formulaires de demande d'imagerie sur lesquelles toutes les indications requises sont reprises.
Equipeement d'échographie	Vérifier si les formulaires de demande d'examen d'imagerie médicale incluent toutes les indications requises tel que prévu à l'article 80 de la loi du 28 mai 2019 relative à la radioprotection. En tant que valeur cible il sera fixé pour chaque audit d'une part une valeur cible des formulaires de demande d'imagerie sur lesquelles toutes les indications requises sont reprises.
Oncologie	Pour les traitements d'oncologie un audit sur la qualité des traitements est réalisé. L'audit inclut au moins la préparation des médicaments utilisés, leur transport et conditionnement ainsi que les conditions d'administration. Le premier niveau d'audit consiste à vérifier qu'un protocole de traitement ait été établi pour chacune des molécules utilisées.

	Ce protocole de traitement doit décrire les éléments suivants : procédure de préparation du médicament à la pharmacie hospitalière, les conditions de conservation de la préparation à l'administration au patient, les procédures de transport vers l'antenne de service où est administré le médicament, les procédures d'administration du médicament mises en place au sein de l'institution hospitalière dans le respect de l'autorisation de mise sur le marché du médicament (voie d'administration, matériel, qualification du personnel présent, etc.), et les procédures applicables en cas de non-respect de ces procédures et conditions. Enfin, doivent également être fournies les procédures de prise en charge des patients et du personnel en cas d'incident lors de l'administration du traitement au sein de l'antenne de service. Tous les incidents doivent faire l'objet d'un rapport d'analyse, et éventuellement d'un plan d'actions correctives. Ces documents doivent être disponibles lors de l'audit. Le deuxième niveau d'audit a pour objet de vérifier, sur base d'un échantillon, que toutes les dispositions et conditions des protocoles de traitement ont été respectées, et qu'en cas de non-respect, des mesures adéquates ont été prises. Cela permet de vérifier que pour tous les événements indésirables des mesures adéquates ont été implémentées. Le but de cet audit étant de vérifier que le traitement préalablement convenu a été réalisé le jour fixé et sans incidents.
Hospitalisation de jour non chirurgical – Prise en charge des douleurs chroniques complexes	Un audit sur la qualité des traitements est réalisé. L'audit a pour objet de vérifier, sur base d'un échantillon, que toutes les dispositions et conditions ci-dessous ont été respectées, et qu'en cas de non-respect, des mesures adéquates ont été prises. L'audit permet de vérifier que pour tous les événements indésirables des mesures adéquates ont été implémentées. Il est vérifié que le traitement préalablement convenu a été réalisé sans incidents. Une documentation par patient est mise à disposition des auditeurs. Cette documentation doit inclure le diagnostic ainsi que la stratégie thérapeutique définie au début du parcours (qu'elle soit médicamenteuse ou non) en tenant compte du respect des critères cliniques du patient (pathologie, stade ou sévérité appropriée, absence de contre-indications spécifiques, ...). Des évaluations régulières doivent être effectuées pour vérifier et documenter la bonne adhésion et les bons résultats du traitement et ainsi pour décider de sa poursuite ou non.

	Un premier niveau d'audit consiste à vérifier que la documentation par patient est existante et complète. L'institution hospitalière doit respecter les conditions de conservation de médicaments, les procédures de transport vers l'antenne de service où est administré le médicament, les procédures d'administration du médicament mises en place au sein de l'institution hospitalière dans le respect de l'autorisation de mise sur le marché du médicament (voie d'administration, matériel, qualification du personnel présent, etc.) et l'institution hospitalière doit définir les procédures applicables en cas de non-respect de ces procédures et conditions. Enfin, doivent également être fournies les procédures de prise en charge des patients et du personnel en cas d'incident lors de l'administration du traitement au sein de l'antenne de service. Un deuxième niveau d'audit consiste à vérifier la qualité du traitement réalisé selon un protocole à établir en fonction de l'activité réalisée. Ce protocole doit inclure les conditions de qualification du personnel intervenant pour ces traitements, une description détaillée des pathologies, les indicateurs et les critères de prise en charge pour ces traitements, et les procédures de prise en charge des patients ayant reçu ces traitements.
--	--

2. Niveau d'atteinte des indicateurs

Appareil, équipement ou projet	Valeur cible de prime [%]	Taux de la prime [%]	Valeur cible de révision [%]	Taux de la révision [%]
Tomographe à résonnance magnétique nucléaire	85 %	5 %	80 %	5 %
CT (Scanner)	85 %	5 %	80 %	5 %
Table radiologique				
- formulaire	95 %	5 %	90 %	5 %
Equipeement de mammographie				
- formulaire	95 %	5 %	90 %	5 %
Equipeement d'échographie				
- formulaire	95 %	5 %	90 %	5 %
Oncologie	99 %	5 %	98 %	100 %
Hospitalisation de jour non chirurgical – Prise en charge des douleurs chroniques complexes	95 %	5 %	90 %	5 %