

Modification de la convention du 21 décembre 2012 telle que modifiée, conclue en application de l'article 75 du Code de la sécurité sociale entre la Fédération des hôpitaux luxembourgeois et la Caisse nationale de santé.

Vu les articles 74 à 79 du Code de la sécurité sociale,

la Caisse nationale de santé, prévue à l'article 44 du Code de la sécurité sociale, désignée ci-après la CNS, représentée par le président de son Conseil d'administration, Monsieur Christian Oberlé,

d'une part,

et la Fédération des hôpitaux luxembourgeois, association sans but lucratif, reconnue par la CNS comme groupement représentatif des hôpitaux luxembourgeois au sens de l'article 75 du code de la sécurité sociale, désignée ci-après la FHL, représentée par son président, Monsieur le Dr Philippe Türk, et son secrétaire général, Monsieur Sylvain Vitali,

d'autre part,

ont convenu de modifier la convention mentionnée ci-dessus comme suit :

Art. 1^{er}.

L'article 1^{er} est modifié comme suit :

- a) Les termes « , aux centres de diagnostic » sont insérés entre les termes « établissements hospitaliers spécialisés » et les termes « ainsi qu'aux établissements d'accueil pour personnes en fin de vie ».
- b) Les termes « la loi modifiée du 28 août 1998 » sont remplacés par « la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ».

Art. 2.

L'article 4 est modifié comme suit :

- a) Au point 4-1, alinéa 2, le terme « toutes » est remplacé par le terme « tous ».
- b) Au point 4-1, alinéa 3, les termes « ci-après dénommé budget » sont remplacés par les termes « ci-après dénommé « budget » ».
- c) Au point 4-1, il est ajouté un nouvel alinéa 4 libellé comme suit :

« La « période budgétaire » détermine une période de deux années consécutives pour lesquelles les budgets annuels individuels sont négociés entre les établissements et la CNS. ».
- d) Au point 4-2, alinéa 1^{er}, le terme « quatre » est remplacé par le terme « cinq ».
- e) Au point 4-2, alinéa 1^{er}, point 2, alinéa 1^{er}, les termes « qui facture des prestations à la CNS » sont remplacés par les termes « qui produit des unités d'œuvre qui sont facturées à la CNS ».
- f) À la suite du point 4-2, alinéa 1^{er}, point 2, il est ajouté un nouveau point 3 « Centre de frais opposable hors entité fonctionnelle » libellé comme suit :

« 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. »
- g) Au point 4-2, alinéa 1^{er}, les points 3 et 4 actuels deviennent les points 4 et 5 nouveaux.

h) Au point 4-3, l'alinéa 3 prend la teneur suivante :

« Est considéré comme séjour en milieu hospitalier toute prise en charge d'un patient lors d'un séjour ambulatoire ou stationnaire. »

i) Au point 4-3, il est ajouté un nouvel alinéa 4 libellé comme suit :

« 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. »

Art. 3.

L'article 5 est modifié comme suit :

- a) À l'alinéa 1^{er}, les termes « 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 » sont remplacés par les termes « 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 ».
- b) L'alinéa 3 est abrogé.

Art. 4.

L'article 6 est modifié comme suit :

- a) À l'alinéa 2, les termes « des frais pour immeubles et équipement et des frais de gestion » sont remplacés par les termes « des autres charges externes et des autres charges d'exploitation ».
- b) À l'alinéa 4, les termes « de la présente convention » sont insérés après les termes « à l'article 24 ».

Art. 5.

L'article 7 est modifié comme suit :

- a) L'alinéa 1^{er} est complété par les termes « tel que prévu à l'article 77, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale. ».
- b) À l'alinéa 2, les termes « (ci-après « IGSS ») » sont insérés entre les termes « l'Inspection générale de la sécurité sociale » et « pour le 15 juillet » et les termes « 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. » sont ajoutés après les termes « au plus tard ».
- c) À l'alinéa 3, les termes « Commission des budgets » sont complétés par le terme « hospitaliers ».
- d) À l'alinéa 4, les termes « Commission des budgets » sont complétés par le terme « hospitaliers ».

Art. 6.

L'article 8 est modifié comme suit :

- a) À l'alinéa 2 de l'article 8, les termes « et reprises à l'annexe 1 » sont remplacés par les termes « et mises à disposition par la CNS sur son site Internet. La commission technique financière est demandée en son avis. »
- b) Il est ajouté un nouvel alinéa 3 libellé comme suit :
- « 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. »

Art. 7.

L'article 9 est modifié comme suit :

- a) À l'alinéa 2, le terme « commission » est complété par les termes « des normes » et le terme « l'article 26 » est complété par les termes « de la présente convention ».
- b) À l'alinéa 3, la dernière phrase prend la teneur suivante :
- « 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. »
- c) Les alinéas 4 et 5 sont abrogés.
- d) Les actuels alinéas 6 à 9 deviennent les alinéas 4 à 7 nouveaux.
- e) À l'alinéa 6 nouveau, le terme « spécifique » est remplacé par le terme « spécifique ».

Art. 8.

À l'article 10, alinéa 2, les termes « , techniques, logistiques » sont insérés entre les termes « bureautiques » et « ou médico-techniques » et les termes « Commission technique d'investissement prévue à l'article 29 » sont remplacés par les termes « commission technique financière prévue à l'article 24 ».

Art. 9.

À l'article 11, alinéa 3, les termes « Commission des budgets » sont complétés par le terme « hospitaliers ».

Art. 10.

À l'article 12, alinéa 2, le terme « l'article 24 » est complété par les termes « de la présente convention ».

Art. 11.

L'alinéa 4 de l'article 14 prend la teneur suivante :

« 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 échancier établi par type d'investissement. Suivant les dispositions de l'article 74, alinéa 9 du Code de la sécurité sociale, la CNS établit cet échancier 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. »

Art. 12.

À l'alinéa 1^{er} de l'article 16, le terme « CSS » est remplacé par les termes « Code de la sécurité sociale ».

Art. 13.

L'article 17 prend la teneur suivante :

« 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. À 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.

»

Art. 14.

L'article 18 est modifié comme suit :

- a) À l'alinéa 1^{er}, les termes « à titre de convenance personnelle » sont insérés après les termes « en chambre individuelle ».
- b) À l'alinéa 1^{er}, 2^e tiret, les termes « une toilette individuelle » sont remplacés par les termes « des toilettes individuelles ».
- c) À l'alinéa 1^{er}, 4^e tiret, le terme « toilette » est remplacé par le terme « toilettes ».
- d) L'alinéa 2 prend la teneur suivante :

« 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. »

Art. 15.

L'article 19 est modifié comme suit :

a) Il est ajouté un nouvel alinéa 1^{er} libellé comme suit :

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

b) Les actuels alinéas 1 et 2 deviennent les alinéas 2 et 3 nouveaux.

c) Au 2^e tiret de l'alinéa 2 nouveau, les termes « une toilette » sont remplacés par les termes « des toilettes ».

d) L'alinéa 3 nouveau prend la teneur suivante :

« 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. »

Art. 16.

L'article 20 est modifié comme suit :

a) À l'alinéa 1^{er}, le terme « l'article 18 » est complété par les termes « de la présente convention ».

b) À l'alinéa 2, le terme « l'annexe 3 » est complété par les termes « de la présente convention ».

Art. 17.

L'article 21, alinéa 1^{er} est complété par la phrase libellée comme suit :

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

Art. 18.

L'article 22 est modifié comme suit :

a) Aux alinéas 2 et 3, les termes « hôpital » sont remplacés par les termes « établissement ».

b) À l'alinéa 4, le terme « l'annexe 4 » est complété par les termes « de la présente convention ».

Art. 19.

À l'article 23, alinéa 2, 2^e tiret, le terme « CCT » est remplacé par les termes « 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 ».

Art. 20.

L'article 24 est modifié comme suit :

a) À l'alinéa 1^{er}, la première phrase est libellée comme suit :

« 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. ».

b) Aux alinéas 1^{er} et 2, les termes « commission » sont complétés par les termes « technique financière ».

c) Au 2^e tiret de l'alinéa 2, les termes « article 6 » et « article 26 » sont complétés par les termes « de la présente convention ».

d) À la suite du 5^e tiret de l'alinéa 2, il est inséré un nouveau tiret libellé comme suit :

- « - d'aviser tout changement du plan comptable et des règles de la comptabilité générale et analytique. »

Art. 21.

À l'article 25, l'alinéa 4 est complété par les termes « voire une autre méthodologie de mesure de la charge de travail. ».

Art. 22.

L'article 26 est modifié comme suit :

a) À l'alinéa 1^{er}, la première phrase prend la teneur suivante :

« 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. ».

b) À l'alinéa 1^{er}, les termes « Les membres de la commission peuvent » sont remplacés par les termes « La commission des normes peut ».

c) À l'alinéa 2, le terme « commission » est complété par les termes « des normes ».

d) À la suite de l'alinéa 2, il est inséré un nouvel alinéa 3 libellé comme suit :

« 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 1^{er} 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. À 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. »

Art. 23.

L'article 27 est modifié comme suit :

a) À l'alinéa 1^{er}, le nombre « cinq » est remplacé par « six ».

b) À l'alinéa 1^{er}, 1^{er} tiret, les termes « à la hauteur de 80 % » sont ajoutés après les termes « investissements subventionnés » et les termes « , les autres 80 % étant subventionnés par l'État » sont supprimés.

c) À l'alinéa 1^{er}, 3^e tiret, le terme « informatique » est ajouté après les termes « Commission technique d'investissement ».

d) À l'alinéa 1^{er}, un nouveau tiret est ajouté entre le 3^e et le 4^e tiret qui prend la teneur suivante :

« - 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 ».

e) À l'alinéa 1^{er}, 5^e tiret nouveau, les termes « de la Santé » sont ajoutés après les termes « Ministère » et les termes « (budget d'investissement courant) » sont supprimés.

f) À l'alinéa 1^{er}, les tirets sont remplacés par les points 1 à 6.

Art. 24.

L'article 28 est modifié comme suit :

a) L'alinéa 2 prend la teneur suivante :

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

b) À l'alinéa 3, le terme « l'article 24 » est complété par les termes « de la présente convention ».

Art. 25.

L'article 29 est modifié comme suit :

a) À l'alinéa 2, le terme « commission » est complété par les termes « technique d'investissement », les termes « médico-technique et » sont supprimés, les termes « les domaines » sont remplacés par les termes « le domaine » et les termes « établie par la commission » sont remplacés par les termes « établie par ladite commission ».

b) À l'alinéa 3, les termes « des standards communs » sont complétés par les termes « pour des projets d'investissement tant informatiques que médico-techniques : ».

c) À l'alinéa 3, il est ajouté un nouveau tiret libellé comme suit :

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

d) À l'alinéa 4, le terme « commission » est complété par les termes « technique d'investissement ».

Art. 26.

Avant l'article 31, l'intitulé « Versement des frais variables » est remplacé par les termes « Liquidation des frais variables ».

Art. 27.

À l'article 31, alinéa 2, les termes « Le versement est accompagné » sont remplacés par les termes « La liquidation est accompagnée ».

Art. 28.

À l'article 32, alinéa 1^{er}, les termes « l'enveloppe globale » sont remplacés par les termes « l'enveloppe budgétaire globale ».

Art. 29.

L'article 33 est modifié comme suit :

a) À l'alinéa 1^{er} de l'article 33, la phrase « Cette demande doit comporter une liste des postes du budget concernés, les facteurs de correction à appliquer ainsi qu'une argumentation dûment documentée » est remplacée par la phrase « 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. »

b) À l'alinéa 4, les termes « article 42 » sont remplacés par les termes « article 42bis ».

Art. 30.

À l'article 35, le 3^e tiret de l'alinéa 2 est modifié comme suit :

« - 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. »

Art. 31.

L'article 37 prend la teneur suivante :

- a) À l'alinéa 2, 4^e tiret, les termes « tels que définis à l'article 13, al. 1 » sont remplacés par « tels que définis à l'article 13, alinéa 1^{er} de la présente convention ».
- b) À l'alinéa 2, il est ajouté un nouveau tiret libellé comme suit :
« - 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 ».
- c) À l'alinéa 3, 1^{er} tiret, les termes « tels que définis à l'article 13, al. 1 » sont remplacés par « tels que définis à l'article 13, alinéa 1^{er} de la présente convention ».
- d) L'alinéa 7 est complété par les termes « de la présente convention ».
- e) L'alinéa 8 est complété par les termes « de la présente convention ».

Art. 32.

L'article 39 est modifié comme suit :

- a) L'alinéa 3 est complété par les termes « de la présente convention ».
- b) À l'alinéa 4, 1^{ère} phrase, les termes « Les bénéficiaires de rationalisation » sont complétés par les termes « visés aux articles 38 et 39 de la présente convention ».
- c) À l'alinéa 4, 2^e phrase, les termes « l'article 43 » sont remplacés par les termes « l'article 43 de la présente convention ».

Art. 33.

À la suite de l'article 39, l'intitulé « Prime annuelle » est remplacé par les termes « Programme qualité ».

Art. 34.

L'article 40 prend la teneur suivante :

« 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 1^{er} 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. ».

Art. 35.

À la suite de l'article 40, il est inséré un nouvel intitulé « Commission d'évaluation » suivi par un nouvel article 40*bis* libellé comme suit :

« 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. ».

Art. 36.

À la suite de l'article 40*bis*, il est inséré un nouvel intitulé « Prime annuelle » suivi par l'article 41 modifié comme suit :

a) Les actuels alinéas 1 et 2 sont supprimés et cinq nouveaux alinéas 1 à 5 sont insérés qui prennent la teneur suivante :

« 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. ».

- b) L'actuel alinéa 3 devient le nouvel alinéa 6. Les termes « saisir la commission des budgets qui tranche définitivement dans le mois de la saisine. » sont remplacés par les termes « saisir la commission des budgets hospitaliers qui tranche définitivement endéans un mois à compter de la date de sa saisine. ».
- c) L'actuel alinéa 4 est supprimé.

Art. 37.

À la suite du « Titre IX - Commission des budgets hospitaliers » , il est inséré un nouvel intitulé « Modalités de désignation » et un nouvel article 42 libellé comme suit :

« 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. »

Art. 38.

À la suite de l'article 42 nouveau, l'intitulé « Intervention de la Commission des budgets » est remplacé par les termes « Modalités d'intervention de la commission des budgets hospitaliers et procédure à suivre ».

Art. 39.

L'article 42 actuel devient l'article 42*bis* nouveau et il est ajouté un nouvel alinéa qui prend la teneur suivante :

« 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. ».

Art. 40.

L'article 43 prend la teneur suivante :

« 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. »

Art. 41.

L'article 44 est modifié comme suit :

- a) À l'alinéa 1^{er}, les termes « enveloppe globale » sont remplacés par les termes « enveloppe budgétaire globale », les termes « , d'un désaccord au niveau du rapport de la commission des normes » sont insérés entre les termes « de la détermination de la prime annuelle » et « ou du montant des cotisations à la FHL » et les termes « des budgets hospitaliers » sont ajoutés à la suite du terme « commission ».
- b) À l'alinéa 2, les termes « des budgets hospitaliers » sont ajoutés à la suite du terme « commission » et les termes « dans le mois de la saisine » sont remplacés par les termes « endéans un mois à compter de la date de sa saisine ».

Art. 42.

L'article 46 est modifié comme suit :

- a) À l'alinéa 1^{er}, les termes « en traitement stationnaire » sont remplacés par les termes « en séjour en milieu hospitalier ».
- b) À l'alinéa 2, le terme « stationnaire » est remplacé par les termes « en milieu hospitalier ».
- c) À l'alinéa 3, le terme « stationnaire » est remplacé par les termes « en milieu hospitalier » et le terme « transfère » est remplacé par le terme « reçoit ».
- d) À l'alinéa 5, les termes « ou ambulatoire » sont ajoutés après le terme « stationnaire ».

e) À la suite de l'alinéa 5, il est inséré un nouvel alinéa 6 libellé comme suit :

« 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. »

Art. 43.

L'intitulé précédant l'article 47 « Déclaration de sortie » est remplacé par « Documentation hospitalière ».

Art. 44.

L'article 47, alinéa 1^{er} est modifié comme suit :

- a) Le terme « stationnaire » est remplacé par les termes « en milieu hospitalier ».
- b) Les termes « dossier hospitalier du patient » sont remplacés par les termes « dossier individuel du patient hospitalier ».
- c) Les termes « l'article 36 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers et ses règlements d'exécution » sont remplacés par les termes « l'article 38 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière. »

Art. 45.

L'article 47*bis* est modifié comme suit :

- a) À l'alinéa 1^{er}, les termes « la sortie stationnaire de l'hôpital » sont remplacés par les termes « la sortie de séjour en milieu hospitalier de l'hôpital ».
- b) L'alinéa 2 prend la teneur suivante :

« 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. ».
- c) À l'alinéa 3, les termes « séjour stationnaire d'une personne protégée » sont remplacés par les termes « séjour en milieu hospitalier d'une personne protégée ».

Art. 46.

À la suite de l'article 47*bis*, il est inséré un nouvel intitulé « Protection des données à caractère personnel » et un nouvel article 47*ter* qui prend la teneur suivante :

« 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. ».

Art. 47.

L'article 48, alinéa 1^{er} prend la teneur suivante :

« 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. »

Art. 48.

L'article 51 prend la teneur suivante :

« 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. »

Art. 49.

L'article 52 prend la teneur suivante :

« 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 1^{er} juin 2022. ».

Art. 50.

À la suite de l'article 52, il est inséré un nouvel intitulé « Dispositions finales » suivi de l'article 53 qui prend la teneur suivante :

« 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. ».

Art. 51.

L'annexe 7 prend la teneur suivante :

« Annexe 7 : Contenu des modules du programme qualité

Module 1 : Accréditation et Qualité

Le module 1 se compose de deux volets, l'accréditation et la qualité.

1.1. Accréditation

Chaque établissement hospitalier s'engage dans une démarche d'accréditation. Celle-ci se fait au choix de l'établissement hospitalier parmi les référentiels d'accréditation hospitalière JCI (Joint Commission International) ou ACI (Accréditation Canada International).

La démarche d'accréditation comprend 3 niveaux d'avancement permettant de prendre en compte le niveau de maturité de chaque établissement hospitalier :

- Niveau 1 :
Le niveau 1 concerne les établissements hospitaliers qui ont démarré leur démarche d'accréditation et choisi leur référentiel entre ACI et JCI. L'établissement hospitalier doit au minimum conclure un contrat avec ACI ou JCI l'engageant dans la démarche d'accréditation, préciser comment la démarche d'accréditation s'intègre dans sa stratégie, et programmer une gap analyse par des experts externes afin d'évaluer son niveau de maturité quant au modèle choisi.
- Niveau 2 :
Le niveau 2 concerne les établissements hospitaliers ayant réalisé leur gap analyse en s'appuyant sur des experts externes. Ces établissements hospitaliers définissent et déploient un plan d'action qui est évalué par la commission d'évaluation. Ce niveau concerne également tout établissement hospitalier qui perd son accréditation suite à une visite de réaccréditation.
- Niveau 3 :
Le niveau 3 concerne les établissements hospitaliers qui possèdent une accréditation au 31 décembre de l'année pour laquelle le programme qualité a été défini par la commission d'évaluation. La validité d'une accréditation atteste que l'établissement hospitalier remplit des critères de haute qualité de prise en charge pour ses patients. Les établissements hospitaliers n'ont plus l'obligation de fournir les livrables présents dans les niveaux d'avancement de la démarche d'accréditation 1 et 2. Ces établissements hospitaliers doivent cependant attester la continuité de la démarche d'accréditation.

Chaque établissement hospitalier précise pour l'année pour laquelle il est évalué le niveau d'avancement qu'il vise.

1.2. Qualité

Le volet « qualité » complète la partie « Accréditation » du module 1.

Le contenu relatif au volet « qualité » du module 1 retenu par la commission d'évaluation porte sur les thématiques de la sécurité du patient, de l'organisation de l'activité hospitalière et de la gestion des ressources.

Module 2 : Transparence

Ce module porte sur l'exhaustivité et la qualité des données reprises dans le dossier individuel du patient hospitalier et le dossier de soins partagé (ci-après « DSP ») ainsi que sur l'échange et la communication de ces données conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Ce module vise à renforcer la démarche d'amélioration continue de la documentation de l'activité hospitalière se basant sur les recommandations de la Commission consultative de la documentation hospitalière (ci-après « CCDocHosp ») selon des modalités de codage fixées annuellement.

Ce module comprend :

- La transmission par les établissements hospitaliers à la CNS des séjours encodés suivant les règles et critères déterminés par la CCDocHosp.
- Des analyses et des plans d'actions à produire par les établissements hospitaliers sur base de rapports d'erreurs fournis par la CNS.
- Un audit externe annuel du respect des bonnes pratiques de codage pour les centres hospitaliers et les établissements hospitaliers spécialisés.
- Des indicateurs relatifs à la qualité et à l'exhaustivité du codage ainsi qu'à la conformité du dossier patient et des indicateurs se rapportant au DSP.

- La publication des indicateurs en rapport avec les modules 1 et 3.

Module 3 : Indicateurs

La commission d'évaluation propose annuellement un ensemble d'indicateurs pertinents relatifs à différentes dimensions de la qualité dans le secteur de la santé et le cadre hospitalier. 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 établissements hospitaliers,
- la responsabilité sociale des établissements hospitaliers.

Ces indicateurs, dont le choix doit être motivé, sont comparables au niveau international ou national.

La commission d'évaluation propose le set d'indicateurs à publier par les établissements hospitaliers, respectivement par la FHL et la CNS, parmi l'ensemble d'indicateurs du programme qualité.

La commission d'évaluation s'assure que les indicateurs publiés soient compréhensibles (nature de l'indicateur et interprétation du résultat) par le grand public.

La commission d'évaluation veille pour ce module 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. »

Entrée en vigueur

Art. 52.

La présente modification entre en vigueur le jour de sa publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

En foi de ce qui précède, les soussignés dûment autorisés par leurs mandants, ont signé la présente modification de la convention.

Fait à Luxembourg, en deux exemplaires, le 24 novembre 2021.

Pour la Caisse nationale de santé,

Le président,
Christian Oberlé

Pour la Fédération des hôpitaux luxembourgeois,

Le président,
Dr. Philippe Türk
Le secrétaire général,
Sylvain Vitali

