Chambre des Députés
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Dossier consolidé

Date de création : 10-07-2025

Projet de loi 8575

Projet de loi portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Date de dépôt : 09-07-2025
Auteur(s) : Madame Martine Deprez, Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale

Liste des documents

Date	Description	Nom du document	Page
09-07-2025	Déposé	20250709_Depot	3
10-07-2025	Corrigendum : ce document annule et remplace le document n°8575/00	20250710_Corrigendum	58

20250709_Depot

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Le Premier ministre

Le Premier ministre,

Vu les articles 76 et 95, alinéa 1er, de la Constitution ;

Vu l'article 10 du Règlement interne du Gouvernement ;

Vu l'article 58, paragraphe 1er, du Règlement de la Chambre des Députés ;

Vu l'article 1er, paragraphe 1er, de la loi modifiée du 16 juin 2017 sur l'organisation du Conseil d'État ;

Considérant la décision du Gouvernement en conseil du 27 juin 2025 approuvant sur proposition de la Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale le projet de loi ci-après ;

Arrête :

Art. 1er. *La Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale est autorisée à déposer au nom du Gouvernement à la Chambre des Députés le projet de loi portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière et à demander l'avis y relatif au Conseil d'État.*

Art. 2. *La Ministre déléguée auprès du Premier ministre, chargée des Relations avec le Parlement est chargée, pour le compte du Premier ministre et de la Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, de l'exécution du présent arrêté.*

Luxembourg, le 8 juillet 2025

Le Premier ministre

Luc Frieden

La Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale

Martine Deprez

Exposé des motifs

Le présent projet de loi prévoit un certain nombre de modifications de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, ci-après « *loi hospitalière* », ainsi que de ses annexes.

1. Adaptation du nombre maximal de lits d'hospitalisation

Dans le cadre de la procédure de prorogation des autorisations d'exploitation des services des établissements hospitaliers pour 2024-2025, telle que prévue à l'article 9 et à l'article 11 de la loi hospitalière, l'attribution de lits requis à certains services hospitaliers n'a pas pu être faite étant donné que le nombre de lits autorisable tel qu'établi dans l'annexe 2 de la loi hospitalière était déjà atteint.

Il a été retenu de procéder à une mise à jour de l'évaluation des besoins et le présent projet de loi prévoit ainsi d'adapter le nombre maximal de lits autorisés, afin de tenir compte de l'évolution de l'activité sur le terrain dans les différents services. Cette adaptation servira de base pour la prorogation des autorisations d'exploitation à compter du 1er janvier 2026.

Cette évaluation des besoins sanitaires est prévue à l'article 3 de la loi hospitalière qui précise au paragraphe 1er comme suit : « *le ministre procède à une évaluation des besoins sanitaires de la population protégée sur base des données établies par la carte sanitaire, d'une évaluation démographique de la population résidente, de données relatives à l'état de santé de cette population ainsi que d'une comparaison internationale*. »

La présente évaluation des besoins sanitaires a été réalisée à la lumière de l'évolution démographique et de la situation hospitalière au Luxembourg et des régions limitrophes, ainsi qu'au progrès médical et au développement de formes alternatives de prise en charge, telle que par exemple la prise en charge de patients en milieu extrahospitalier.

De là, la présente modification législative vise à tenir compte des besoins sanitaires futurs au Luxembourg d'ici l'année 2040, en se fondant sur une analyse prospective réalisée par la Direction de la santé, conformément à ses attributions définies au paragraphe 4 de l'article 4 de la loi modifiée du 21 novembre 1980 portant organisation de la « Direction de la santé ».

L'analyse réalisée par la Direction de la santé se base entre autres, comme indiqué au paragraphe 1er de l'article 2 de la loi hospitalière, sur les données de la carte sanitaire 2023 réalisée par l'Observatoire national de la santé (ObSanté), et plus particulièrement sur les indicateurs tels que la durée moyenne de séjour (DMS) et le taux d'hospitalisation, offrant une vision rétrospective de l'évolution des besoins sanitaires.

En complément aux données précitées et afin de constituer une base de projection réaliste des besoins sanitaires, la Direction de la santé a eu recours aux données de la documentation et classification des séjours hospitaliers (DCSH). En effet, d'après l'article 38 de la loi hospitalière, *« Tout hôpital procède à l'analyse quantitative et qualitative de son activité. Cette analyse repose sur les données administratives, médicales et de soins, produites pour chaque séjour en hospitalisation stationnaire ou de jour. »*

Cette base de données recueillies dans les établissements hospitalières aigus, prend en compte l'ensemble des séjours hospitaliers, qu'ils soient stationnaires ou en hospitalisation de jour, pour 2023 et cela pour tous les patients indépendamment du régime de sécurité sociale applicable. Le taux moyen de conformité de ces données disponibles pour l'année 2023 s'élève à 99,64% ; il était de 95,8 % pour 2022. Il en résulte que ces variables apparaissent de qualité suffisante pour répondre aux besoins d'analyses statistiques sur l'activité des hôpitaux. Ainsi, le codage précis de chaque séjour hospitalier permet une analyse plus approfondie et granulaire à partir de micro-données. Les diagnostics, les procédures ainsi que les modes d'entrée et de sortie y sont également répertoriés. L'analyse statistique réalisée reposant sur les données validées de la DCSH pour l'année 2023, assure la fiabilité et la pertinence des résultats obtenus.

Les projections des besoins sanitaires tiennent également compte d'un certain nombre de facteurs tels que l'évolution démographique de la population résidente et de la population non-résidente active au Luxembourg, du progrès médical, d'un recours renforcé à une prise en charge ambulatoire dans les prochaines années, ainsi que le développement de l'hospitalisation de jour et la mise en place de la surveillance et du développement de l'hospitalisation à domicile surtout pour les domaines de l'oncologie, des grossesses à risque et du suivi après une opération, tel que c'est prévu dans l'accord de coalition. Il en résulte un taux d'extrapolation, technique statistique utilisée pour estimer des valeurs au-delà de la plage de données observées, qui tient compte des facteurs d'influence tels que l'évolution démographique, la durée moyenne de séjour et le taux des prises en change ambulatoires, par service hospitalier reflétant l'effet net à prendre en compte dans les calculs du maximum de lits à retenir.[1]

Dans le cadre des projections réalisées, une analyse comparative a été réalisée avec la Belgique et la Suisse, en comparant l'activité hospitalière au Luxembourg 1) à l'activité justifiée par APRG-DRG (All Patient Refined Diagnosis Related Group) selon les principes belges et 2) à la liste suisse des actes devant être réalisés de préférence en ambulatoire.

Ainsi, sur base de l'analyse réalisée, le présent projet de loi a pour objet une modification des articles 5 et 6 de la loi hospitalière, ainsi que des annexes 1 et 2 de la même loi, afin d'adapter le nombre minimal et maximal de lits d'hospitalisation pouvant être autorisés.

[1] Par conséquent, l'utilisation réelle des lits en 2023, données issues de la DCSH et prises en compte par l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS) dans ses analyses, les estimations démographiques fournies par le STATEC et l'IGSS, les prises en charge ambulatoires et la DMS cible par « All Patient Refined Diagnosis Related Group Severity of Illness » (APR-DRG-SOI), ont permis de déterminer les projections de l'activité hospitalière et du nombre de lits à l'horizon 2040 sur lesquels reposent les propositions en besoins de lits au niveau national.

Il résulte, au niveau des lits aigus, une adaptation à la hausse du nombre maximal de lits pouvant être autorisés par la loi hospitalière dans son annexe 2 pour les services de chirurgie vasculaire, de chirurgie viscérale, de gynécologie, d'hémato-oncologie, de maladies infectieuses, de médecine interne générale, de néphrologie, de neurochirurgie, de neurologie, d'obstétrique, d'oncologie, de pédiatrie spécialisée, de pneumologie, de psychiatrie aiguë, de psychiatrie infantile, de soins intensifs et anesthésie, de pédiatrie spécialisée et de soins intensifs pédiatriques. Ensuite, pour les services de gastroentérologie, d'ophtalmologie spécialisée, d'ORL, de traumatologie et d'urologie, le nombre de lits maximal pouvant être autorisés est adapté à la baisse compte tenu notamment d'une tendance au développement des soins délivrés en ambulatoire dans ces spécialités.

Le nombre maximal de lits de moyen séjour pour les services de rééducation fonctionnelle, de réhabilitation psychiatrique et de soins palliatifs est également adapté à la hausse.

Pour les services d'hospitalisation de longue durée, le nombre maximal de lits pour le service psychiatrique est augmenté afin de répondre aux besoins sanitaires constatés.

Actuellement, les services de psychiatrie aiguë des centres hospitaliers déplorent des difficultés pour prendre en charge les patients en phase aiguë. En l'absence de structure de prise en charge psychiatrique de réhabilitation à long terme, les capacités des lits stationnaires au CHNP restent engorgées et ne permettent pas l'accès des patients à des soins de réhabilitation endéans des délais acceptables.

En tenant compte du constat en besoins des acteurs du terrain et des résultats de l'analyse réalisée, une augmentation des capacités en psychiatrie est nécessaire. De plus, selon le plan national de santé mentale 2024-2028 (PNSM), une personne sur deux est confrontée à des problèmes de santé mentale au cours de sa vie et une personne sur cinq en âge de travailler souffre d'une maladie mentale. Dans ce contexte, il y a lieu de mentionner la mise en place d'une unité de psychiatrie socio-judiciaire pour mineurs (20 lits), ainsi que d'une unité pour mineurs déclarés pénalement irresponsable et hautement dangereux dans la nouvelle clinique de réhabilitation (4 lits), et trois unités de 12 lits d'hospitalisation de patients dont la durée de séjour est supérieure à 5 ans et nécessitant encore des soins particuliers (36 lits), à tenir compte dans le cadre de l'évaluation des besoins en soins psychiatriques

De là, les deux services qui connaissent une augmentation significative du nombre maximal de lits d'hospitalisation pouvant être autorisés sont le service national de réhabilitation psychiatrique ainsi que le service national d'hospitalisation de longue durée psychiatrique du Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP) avec une augmentation prévue de 60 lits et 73 lits respectivement.

Finalement, il y a également lieu de modifier le nombre minimal de lits autorisés par la loi hospitalière dans son annexe 2 pour le service national d'hospitalisation de longue durée médicale, passant de 20 à 8. En effet, ce service n'étant pas encore mis en place, un projet pilote est actuellement en développement. Ainsi, cette modification vise à mieux tenir compte des besoins et des réalités actuelles.

2. Intégration des lits de réserve sanitaire dans la capacité hospitalière

En 2020, la loi du 29 octobre 2020 modifiant : 1° la loi modifiée du 17 juillet 2020 sur les mesures de lutte contre la pandémie Covid-19 ; 2° la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ; 3° la loi du 23 septembre 2020 portant des mesures concernant la tenue de réunions dans les sociétés et dans les autres personnes morales, a introduit[2] une nouvelle catégorie de lits dans le secteur hospitalier, à savoir les lits de réserve sanitaire, à activer pour répondre à des besoins sanitaires dans des situations exceptionnelles.

Le présent projet de loi prévoit de modifier le point 10 du paragraphe 1er de l'article 2 de la loi hospitalière, en supprimant le terme « *exclusivement* », pour permettre une utilisation de ces lits de réserve sanitaire en dehors d'une prise en charge de patients dans le cadre d'une crise sanitaire, d'une catastrophe, d'une pandémie, d'un acte de terrorisme ou d'un accident de grande envergure, tout en restant sujets à une réquisition possible sur base d'un ajustement de l'activité programmée par les établissements concernés afin de libérer les lits nécessaires.

Ainsi, par cette modification les lits de réserve sanitaire peuvent également renforcer la capacité d'accueil des établissements hospitaliers en soins aigus ou de moyen séjour. Ils peuvent être intégrés à l'offre d'un établissement ou d'un service hospitalier selon l'évolution des besoins en santé, mais peuvent être réquisitionnés en période de crise.

Il s'agit dès lors de lits de réserve sanitaire constituant une réserve capacitaire pouvant être autorisés dans le cadre de la procédure d'autorisation d'exploitation d'un établissement hospitalier ou d'un service hospitalier visé à l'article 11 ou dans le cadre de la procédure de prorogation d'autorisation d'un service hospitalier visée à l'article 9, en fonction de l'évolution des besoins sanitaires.

La volonté est de permettre si nécessaire une intégration progressive de ces lits de réserve dans la capacité hospitalière autorisée. Ces lits ne sont donc pas destinés à rester inactifs, mais peuvent être utilisés en tant que lits autorisés, tout en conservant leur vocation prioritaire de lits de réserve sanitaire, mobilisables en cas de réquisition décidée par le Gouvernement en conseil, conformément à la procédure prévue au paragraphe 8 de l'article 4 de la loi hospitalière.

Cette approche prévoit la planification de 50 lits supplémentaires pour chacun des quatre centres hospitaliers de soins aigus du Luxembourg (CHEM, CHL, CHdN et HRS), soit un total de 200 lits dans le cadre des projets de construction des 4 centres hospitaliers. L'exploitation de ces capacités de « réserve » ne pourra toutefois se faire que dans un cadre prévoyant la réservation de ces capacités en période de crise. De là, le présent projet de loi prévoit d'ajouter à l'annexe 1 de la loi hospitalière un nombre de 200 lits de réserve sanitaire.

La définition des hypothèses de lits de réserve sanitaire est complétée par une référence à la loi modifiée du 8 décembre 1981 sur les réquisitions en cas de conflit armé, de crise internationale grave ou de catastrophe.

[2] Projet d'amendements gouvernementaux au projet de loi n° 7683.

3. Adaptation de la terminologie dans le contexte de la lutte contre l'obésité sévère

Le présent projet de loi prévoit la suppression de la terminologie « *obésité morbide* » qui figure à l'article 28 de la loi hospitalière en vue de la remplacer par les termes *« obésité avec comorbidité* ». Cette modification s'inscrit dans un contexte plus large de la lutte contre l'obésité sévère.

Le gouvernement souhaite couvrir l'obésité de manière globale, non seulement sous l'angle du calcul de l'indice de masse corporelle (IMC), mais également par la prise en compte d'autres paramètres tels que les conséquences métaboliques ou la présence de facteurs de risque et de comorbidités. D'où l'importance de faire référence aux termes « *obésité avec comorbidité* ».

Il s'agit ainsi d'aligner la terminologie utilisée aux avancées scientifiques et de respecter les concepts cliniques et scientifiques établis dans le domaine de la lutte contre l'obésité sévère, tant chez l'adulte que chez l'enfant.

Projet de loi portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

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

Le Conseil d'État entendu ;

Vu l'adoption par la Chambre des Députés ;

Vu la décision de la Chambre des Députés du ... et celle du Conseil d'État du ... portant qu'il n'y a pas lieu à second vote ;

Avons ordonné et ordonnons :

Art. 1er. L'article 2 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière est modifié comme suit :

1° Le paragraphe 1er, point 10. prend la teneur suivante :

« « lits de réserve sanitaire » : lits hospitaliers aigus ou de moyen séjour dédiés à la prise en charge de patients dans le cadre d'une crise sanitaire, d'une catastrophe, d'une crise internationale grave au sens de la loi modifiée du 8 décembre 1981 sur les réquisitions en cas de conflit armé, de crise internationale grave ou de catastrophe, d'une pandémie, d'un acte de terrorisme ou d'un accident de grande envergure, qui nécessite le recours à des compétences, des ressources humaines, des équipements ou des infrastructures spécifiques ; »

2° Au paragraphe 2, alinéa 1er, les termes « à l'exception des lits visés au paragraphe 1er, point 10 » sont supprimés.

Art. 2. À l'article 3, paragraphe 1er, alinéa 1er, de la même loi, les termes « et non-résidente protégée » sont insérés après les termes « population résidente ».

Art. 3. L'article 4, paragraphe 8, de la même loi, est modifié comme suit :

1° À l'alinéa 1er, les termes « ou d'une crise internationale grave constatée au sens de la loi modifiée du 8 décembre 1981 sur les réquisitions en cas de conflit armé, de crise internationale grave ou de catastrophe » sont insérés après les termes « ou de catastrophe » ;

2° L'alinéa 3 est supprimé.

Art. 4. L'article 5 de la même loi est modifié comme suit :

1° Au paragraphe 2, le nombre « 180 » est remplacé par le nombre « 240 » et le nombre « 67 » est remplacé par le nombre « 140 » ;

2° Au paragraphe 3, le nombre « 100 » est remplacé par le nombre « 150 ».

Art. 5. À l'article 6, paragraphe 1er, de la même loi, le nombre « 20 » est remplacé par le nombre « 25 ».

Art. 6. L'article 18 de la même loi est modifié comme suit :

1° Au paragraphe 1er, alinéa 2, les termes «, à condition que chaque établissement hospitalier fasse parvenir au ministre les factures dont il sollicite le remboursement au plus tard dans les six mois à compter de la date de la facture ou de la libération de garantie » sont supprimés.

2° À la suite du paragraphe 5, il est inséré un paragraphe 6 nouveau, libellé comme suit:

« (6) Après signature de la convention prévue au paragraphe 4, chaque établissement hospitalier fait parvenir au ministre les factures dont il sollicite le remboursement. Le remboursement des factures payées est à solliciter dans un délai de six mois à compter de la date de paiement ou de la libération de garantie.

Le remboursement des factures payées avant la date de signature de la convention est à solliciter dans un délai de six mois à compter de la date de signature de la convention, sur la base d'un décompte certifié par le réviseur d'entreprises agréé de l'hôpital. ».

Art. 7. À l'article 28, paragraphe 2, de la même loi, les points 4. et 5. sont remplacés par les points 4. et 5. nouveaux, libellés comme suit:

« 4. diabète et obésité avec comorbidité de l'adulte (1) ;

5. diabète et obésité avec comorbidité de l'enfant (1) ; ».

Art. 8. L'annexe 1 de la même loi est modifiée comme suit :

1° Au point 1., le nombre « 2.350 » est remplacé par les termes « 2.745, dont un nombre maximal de lits de réserve sanitaire : 200 » ;

2° Le point 2. est modifié comme suit :

a) À la phrase liminaire, le nombre « 710 » est remplacé par le nombre « 840 » ;
b) À la lettre b), le nombre « 100 » est remplacé par le nombre « 150 » ;
c) À la lettre d), le nombre « 180 » est remplacé par le nombre « 240 » ;
d) À la lettre e), le nombre « 20 » est remplacé par le nombre « 25 » ;

3° Au point 3., le nombre « 87 » est remplacé par le nombre « 160 » ;

4° Au point 4., le nombre « 3.147 » est remplacé par le nombre « 3.745 ».

Art. 9. L'annexe 2 de la même loi est modifiée comme suit :

1° La lettre A est modifiée comme suit :

a) À la rangée dénommée « Chirurgie vasculaire », le nombre « 60 » est remplacé par le nombre « 70 » ;
b) À la rangée dénommée « Chirurgie viscérale », le nombre « 100 » est remplacé par le nombre « 105 » ;

c) À la rangée dénommée « Gastroentérologie », le nombre « 90 » est remplacé par le nombre « 85 » ;
d) À la rangée dénommée « Gynécologie », le nombre « 80 » est remplacé par le nombre « 85 » ;
e) À la rangée dénommée « Hémato-oncologie », le nombre « 15 » est remplacé par le nombre « 25 » ;
f) À la rangée dénommée « Maladies infectieuses », le nombre « 20 » est remplacé par le nombre « 30 » ;
g) À la rangée dénommée « Médecine interne générale », le nombre « 110 » est remplacé par le nombre « 140 » ;
h) À la rangée dénommée « Néphrologie », le nombre « 30 » est remplacé par le nombre « 45 » ;
i) À la rangée dénommée « Neurochirurgie », le nombre « 40 » est remplacé par le nombre « 55 » ;
j) À la rangée dénommée « Neurologie », le nombre « 85 » est remplacé par le nombre « 90 » ;
k) À la rangée dénommée « Obstétrique (niveau 1 et 2) », le nombre « 100 » est remplacé par le nombre « 130 » ;
l) À la rangée dénommée « Oncologie », le nombre « 130 » est remplacé par le nombre « 145 » ;
m) À la rangée dénommée « Ophtalmologie spécialisée », le nombre « 15 » est remplacé par le nombre « 10 » ;
n) À la rangée dénommée « ORL », le nombre « 60 » est remplacé par le nombre « 50 » ;
o) À la rangée dénommée « Pédiatrie spécialisée », le nombre « 30 » est remplacé par le nombre « 50 » ;
p) À la rangée dénommée « Pneumologie », le nombre « 80 » est remplacé par le nombre « 100 » ;
q) À la rangée dénommée « Psychiatre aiguë », le nombre « 240 » est remplacé par le nombre « 260 » ;
r) À la rangée dénommée « Psychiatrie infantile », le nombre « 12 » est remplacé par le nombre « 16 » ;
s) À la rangée dénommée « Soins intensifs et anesthésie », le nombre « 100 » est remplacé par le nombre « 120 » ;
t) À la rangée dénommée « Soins intensifs pédiatriques », le nombre maximal « 5 » est remplacé par le nombre maximal « 10 » ;
u) À la rangée dénommée « Traumatologie », le nombre « 130 » est remplacé par le nombre « 120 » ;
v) À la rangée dénommée « Urologie », le nombre « 80 » est remplacé par le nombre « 70 ».

2° La lettre B est modifiée comme suit :

a) À la rangée dénommée « Rééducation fonctionnelle », le nombre « 100 » est remplacé par le nombre « 150 » et le terme « adulte » est supprimé ;
b) À la rangée dénommée « Réhabilitation psychiatrique », le nombre « 180 » est remplacé par le nombre « 240 » ;

c) À la rangée dénommée « Soins palliatifs », le nombre « 60 » est remplacé par le nombre « 70 ».

3° La lettre C est modifiée comme suit :

a) À la rangée dénommée « Hospitalisation de longue durée médicale », le nombre minimal « 20 » est remplacé par le nombre minimal « 8 » ;
b) À la rangée dénommée « Hospitalisation de longue durée psychiatrique », le nombre maximal « 67 » est remplacé par le nombre maximal « 140 ».

Art. 10. La présente loi entre en vigueur le 1er janvier 2026.

Commentaire des articles

Article 1er

L'article 1er du projet de loi prévoit de modifier le point 10 du paragraphe 1er de l'article 2 de la loi hospitalière, en supprimant le terme « *exclusivement* », ce qui a comme conséquence que les lits de réserve sanitaire peuvent également être utilisés en dehors d'une prise en charge de patients dans le cadre d'une crise sanitaire, d'une catastrophe, d'une pandémie, d'un acte de terrorisme ou d'un accident de grande envergure. Pour le commentaire de cet article, il est renvoyé à l'exposé des motifs.

Article 2

L'article 2 du projet de loi modifie l'article 3, paragraphe 1er de la loi hospitalière afin de tenir compte dans le cadre de l'évaluation des besoins sanitaires au niveau national, non seulement de la population résidente, mais également de la population non-résidente protégée.

Article 3

L'article 3 du présent projet de loi modifie l'alinéa 1er du paragraphe 8 de l'article 4 pour y insérer le renvoi à une crise internationale grave constatée au sens de la loi modifiée du 8 décembre 1981 sur les réquisitions en cas de conflit armé, de crise internationale grave ou de catastrophe. En outre, l'alinéa 3 du paragraphe 8 de l'article 4 de la loi hospitalière est supprimé.

Pour le surplus, il est renvoyé à l'exposé des motifs.

Article 4

L'article 4 du présent projet de loi prévoit de modifier l'article 5 de la loi hospitalière.

Le premier point de l'article 4 du projet de loi prévoit d'augmenter le nombre maximum de lits de moyen séjour (+60 lits) et le nombre maximum de lits d'hospitalisation de longue durée (+73) pour le Centre hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP) à l'article 5, paragraphe 2 de la loi hospitalière.

Le deuxième point de l'article 4 du projet de loi, permet d'augmenter le nombre maximal de lits de moyen séjour (+50) pour le Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation (CNRFR), encore connu sous le terme de « Rehazenter ».

Il s'agit de deux services hospitaliers pour lesquels le nombre maximal de lits d'hospitalisation connaît une augmentation significative, dont les raisons sont détaillées dans l'exposé des motifs.

En ce qui concerne l'augmentation des capacités du Rehazenter, il y a lieu de préciser qu'au regard de la croissance démographique, du vieillissement de la population et d'un nombre croissant d'hospitalisations prolongées pour raisons sociales, et afin d'assurer les missions légales lui attribuée au niveau de la rééducation neurologique, cardiaque ou musculo-squelettique , une adaptation du nombre maximal de lits pouvant être autorisés est nécessaire, notamment en vue d'un projet d'extension éventuel à réaliser qui est en cours de discussion.

Article 5

L'article 5 du projet de loi modifie l'article 6 de la loi hospitalière afin d'augmenter le nombre maximum de lits pouvant être autorisés de 20 à 25 lits de moyen séjour pour un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie.

Cette adaptation se fonde sur des projections réalisées mettant en évidence un besoin de 3 lits supplémentaires jusqu'en 2040 ainsi que de la création d'une structure palliative spécifique pour enfants telle que prévu dans l'accord de coalition 2023-2028. Un projet est actuellement en phase de conceptualisation pour la mise en place de 6 à 8 lits de soins palliatifs pédiatriques. Il y a donc lieu d'adapter l'article 6 en ce sens pour tenir compte de ces besoins futurs.

Article 6

L'article 18 de la loi hospitalière est modifié afin de préciser les modalités d'envoi des factures avant et après signature de la convention de financement entre l'État et les maîtres d'ouvrage prévue au paragraphe 4, par les établissements hospitaliers au ministre. Au vu des difficultés de transmission des factures liquidées endéans les délais impartis en référence à la date de facturation en fonction des procédures de contrôle et vérification des prestations facturées, il est proposé de se référer à la date de paiement de la facture.

Les factures liquidées avant la date de signature de la convention précitée font l'objet d'un contrôle d'éligibilité par un réviseur d'entreprise de l'hôpital tel que retenu dans la convention de financement.

La terminologie de l'article 18 de la loi hospitalière est adaptée afin d'y faire figurer le terme de réviseur d'entreprises agréé. Les rédacteurs ont pris en compte l'avis récent du Conseil d'Etat (n°60.112) en date du 29 mars 2024.

Article 7

L'article 28 de la loi hospitalière est modifié afin de supprimer la terminologie *« obésité morbide* ». Au lieu de parler d'« *obésité morbide* », il y a lieu de parler d'« *obésité avec comorbidité* », à savoir une cooccurrence statistique de deux types d'affections physiques ou psychiques.

La terminologie « *obésité morbide* » n'est plus adaptée et est synonyme d'« *obésité sévère* », ce qui peut être considéré comme étant stigmatisant.

L'adaptation de la présente terminologie est suggérée par le Comité de Gestion Interhospitalière (CGI) et a été discutée au niveau de la Commission permanente des hôpitaux (CPH) au courant de l'année 2024.

La CPH a rendu attentif au fait que la terminologie d'« *obésité morbide* », telle qu'utilisée dans l'article 28 de la loi hospitalière était considérée obsolète, stigmatisante et synonyme d'obésité sévère. Par conséquent, la CPH est en faveur d'une adaptation de la loi hospitalière afin d'aligner la terminologie aux avancées scientifiques et le respect des concepts cliniques et scientifiques appliqués dans la lutte contre l'obésité sévère.

Le Conseil Scientifique du Domaine de la Santé (CS)[1] au Luxembourg, précise dans sa publication de juin 2023 intitulée « *PRISE EN CHARGE MÉDICO-CHIRURGICALE D'UNE OBÉSITÉ DE L'ADULTE* » qu'il « *est conseillé de ne plus utiliser le terme « obésité morbide » trop stigmatisant. La prise en charge de l'obésité doit être globale et prendre en compte non seulement l'IMC et le tour de taille, mais également d'autres paramètres comme les conséquences métaboliques, la présence de facteurs de risque et de comorbidités, l'impact sur la qualité de vie et la mobilité du patient* ».[2]

Article 8

L'article 8 du projet de loi modifie les chiffres de l'annexe 1 de la loi hospitalière. Le nombre maximal de lits aigus pouvant être autorisés est adapté et s'élève à 2.745 lits, dont maximum 200 lits de réserve sanitaire.

En ce qui concerne le nombre maximal de lits de moyens séjours pouvant être autorisés, un total de 840 lits est prévu dont 310 lits de rééducation gériatrique, 150 lits de rééducation fonctionnelle, 60 lits de réhabilitation physique et post oncologique, 240 lits de réhabilitation psychiatrique et 25 lits de soins palliatifs situés dans un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie.

Pour ce qui est du nombre maximal de lits de longue durée pouvant être autorisé, celui-ci passe de 87 à 160 lits.

Étant donné que les nombres de lits aigus, de moyen séjour et de longue durée ont été adaptés, il faut également rectifier le total du nombre maximal de lits pouvant être autorisés. Le total du nombre maximal de lits est adapté et s'élève à 3.745 lits.

Article 9

Point 1

Dans un premier temps, l'article 9 du projet de loi modifie la lettre A intitulée « *Service de soins aigus (lits aigus)* » de l'annexe 2 intitulée « *Définitions des services hospitaliers* » de la loi hospitalière. L'article 9 vise à adapter le nombre minimal et maximal de lits autorisables au niveau national pour les services de même type aux besoins sanitaires actuels et futurs.

Pour la plupart des services hospitaliers une augmentation du nombre maximal de lits autorisés s'avère nécessaire, à savoir pour les services de chirurgie vasculaire, chirurgie viscérale, gynécologie, hémato-oncologie, maladies infectieuses, médecine interne générale, néphrologue, neurochirurgie,

[1] Le Code de la Sécurité sociale (Article 65bis, paragraphe 2) a institué sous l'autorité des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale un Conseil scientifique du domaine de la santé qui a pour mission d'élaborer et de contribuer à la mise en œuvre de standards de bonnes pratiques médicales. Les standards de bonne pratique médicale sont des recommandations développées selon une méthode explicite pour aider le médecin et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données. L'objectif de tels standards de bonnes pratiques médicales est d'informer les professionnels de santé, les patients et les usagers du système de santé sur l'état de l'art et les données acquises de la science afin d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins.

[2] https://conseil-scientifique.public.lu/dam-assets/publications/obesite/recommandation-obesite-version-patient-validee-cs.pdf

neurologie, obstétrique, oncologique, pédiatre spécialisée, pneumologie, psychiatrie aigues, psychiatrie infantile, soins intensifs et anesthésie, ou encore soins intensifs pédiatriques.

Néanmoins, pour les services de gastroentérologie, d'ophtalmologie spécialisée, d'ORL, de traumatologie et d'urologie, le nombre maximal de lits pouvant être autorisés est adapté à la baisse compte tenu notamment d'une tendance au développement des actes relevant de ces spécialités réalisées en ambulatoire.

Concernant la psychiatrie infantile, on a observé une hausse du nombre d'enfants présentant des troubles socio-émotionnels, ce qui entraîne un besoin futur d'augmenter les capacités d'accueil en unités stationnaires.

Enfin, l'augmentation du nombre maximal des lits autorisé pour le service national de soins intensifs pédiatriques prend en compte le taux d'occupation supérieur à 90 % durant les mois d'hiver, l'attractivité croissante pour la population transfrontalière ainsi que la volonté d'améliorer la préparation face aux épidémies futures.

Point 2

Dans un second temps, l'article 9 du présent article vise à modifier la lettre B. intitulée « *B. Services de moyen séjour (lits de moyen séjour*) » de l'annexe 2 intitulée « *Définitions des services hospitaliers* » de la loi hospitalière. Les services qui voient augmenter le nombre maximal des lits autorisés sont les suivants : le service de rééducation fonctionnelle, le service de réhabilitation psychiatrique ainsi que le service de soins palliatifs.

Les rédacteurs proposent également de supprimer le terme « *adulte* » du texte de la colonne droite au sujet du service national de rééducation fonctionnelle. Étant donné qu'à l'heure actuelle, le Rehazenter prend également en charge des patients mineurs, il convient de supprimer le terme « adulte » afin de refléter fidèlement la réalité de la pratique médicale de ce service national de rééducation fonctionnelle. Le Rehazenter dispose aujourd'hui des compétences médicales nécessaires à la prise en charge post-traumatique des enfants. Bien que la législation hospitalière en vigueur ne prévoie pas formellement cette possibilité, l'établissement est ponctuellement sollicité pour assurer une rééducation aiguë intensive chez des patients mineurs. Par ailleurs, un projet d'extension est en cours afin de pouvoir doter le Rehazenter d'un plateau médical spécifiquement adapté aux enfants.

Point 3

Enfin, l'article 9 modifie également la lettre C. intitulée « *C. Services d'hospitalisation de longue durée (lits d'hospitalisation de longue durée)* » de l'annexe 2 intitulée « *Définitions des services hospitaliers* » de la loi hospitalière.

Il y a également lieu de modifier le nombre minimal de lits autorisés par la loi hospitalière dans son annexe 2 pour le service national d'hospitalisation de longue durée médicale, passant de 20 à 8. En effet, ce service n'étant pas encore mis en place, un projet pilote est actuellement en développement. Ainsi, cette modification vise à mieux tenir compte des besoins et des réalités actuelles.

Article 10

Le présent projet de loi prévoit une entrée en vigueur au 1er janvier 2026, car la modification de la loi hospitalière doit produire ses effets pour l'année 2026, notamment en raison de la procédure de prorogation des autorisations d'exploitation des établissements hospitaliers et de leurs services prévus à l'article 11 de la loi hospitalière.

Texte coordonné

Loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, et portant modification : 1. du Code de la sécurité sociale ; 2. de la loi modifiée du 21 novembre 1980 portant organisation de la Direction de la santé ; 3. de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales ; 4. de la loi du 19 décembre 2003 portant création de l'établissement public « Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation » ; 5. de la loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public « Laboratoire national de santé » ; 6. de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient ; 7. de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État

Art. 1er.
(1) La présente loi est applicable :
1. aux hôpitaux ;
2. aux établissements d'accueil pour personnes en fin de vie ;
3. aux établissements de cures thermales ;
4. aux centres de diagnostic ; qu'ils soient gérés par une personne morale de droit public ou de droit privé. Les établissements visés aux points 1. à 4. sont désignés par l'expression « établissement hospitalier ».
(2) Les établissements hospitaliers ont pour mission de dispenser dans leur domaine d'activités des soins de santé stationnaires ou ambulatoires dans un contexte pluridisciplinaire, dans les conditions de soins et le cadre médical, médico-technique, professionnel et logistique requis et appropriés, pour ou à des patients qui y sont admis parce que leur état de santé exige cet ensemble de soins afin de traiter ou de soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais. Ils peuvent être autorisés par le ministre ayant la Santé dans ses attributions, dénommé ci-après « le ministre », à accomplir une mission d'enseignement et de recherche en matière de santé ou toute autre mission de santé publique. Les établissements hospitaliers doivent disposer d'une personnalité juridique.
(3) Est considéré comme :
1. « hôpital », tout établissement ayant principalement une mission de diagnostic, de surveillance et de traitement relevant de la médecine, de la chirurgie ou de l'obstétrique ainsi que de soins préventifs et palliatifs et disposant de services dans lesquels les patients sont admis ;
2. « centre hospitalier », tout hôpital assurant une large offre de prises en charge diagnostiques et thérapeutiques ;
3. « établissement hospitalier spécialisé », tout hôpital qui répond aux besoins spécifiques de certaines prises en charge diagnostiques et thérapeutiques ou à des affections particulières ;
4. « établissement d'accueil pour personnes en fin de vie », tout établissement qui a pour mission principale de dispenser des soins stationnaires à des personnes en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, à l'exclusion de soins à visée essentiellement curative ;
5. « établissement de cures thermales », tout établissement qui a pour mission de dispenser des cures thérapeutiques ;
6. « centre de diagnostic », tout établissement qui répond à des besoins spécifiques de certaines prises en charge diagnostiques de patients, y compris les analyses de biologie médicale conformément à

l'article 1er de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales, à l'exclusion de tous les traitements et soins.
(4) Dans le cadre de l'exercice d'activités réservées à une profession réglementée du domaine de la santé, l'utilisation des termes « hôpital », « clinique », « centre de diagnostic » ou de tout autre terme pouvant être confondu avec ces trois termes dans la dénomination sur les notes d'honoraires ou dans des actes officiels est réservée aux établissements hospitaliers autorisés conformément à l'article 7.

Art. 2.

(1) Sont considérés comme :
1. « unité de soins » : une unité fonctionnelle soit d'hospitalisation, soit médico-technique, prenant en charge des patients, située dans une même enceinte architecturale et relevant d'une dotation et d'une gestion communes ;
2. « service hospitalier » : unité d'organisation et de gestion comportant une ou plusieurs unités de soins où s'exerce l'activité médico-soignante de l'hôpital ;
3. « service national » : service hospitalier unique pour le pays regroupant les pathologies nécessitant le recours à des compétences, des équipements ou des infrastructures spécifiques. Il garantit la continuité des soins sur le plan national ;
4. « lits » : les lits hospitaliers qui sont de façon continue à la disposition des patients dans les services hospitaliers, en distinguant entre : a) lits aigus ; b) lits de moyen séjour ; c) lits d'hospitalisation de longue durée. (Loi du 29 octobre 2020) «d) lits de réserve sanitaire. » Les lits d'hospitalisation de jour et lits-portes ne sont pas considérés comme lits au sens de l'alinéa qui précède ;
5. « lits aigus » : les lits, y compris les lits de soins intensifs, hormis les lits de moyen séjour et les lits d'hospitalisation de longue durée, les lits de soins intensifs étant des lits réservés aux patients nécessitant des soins intensifs ;
6. « lits de moyen séjour » : lits réservés à la rééducation et à la réhabilitation de patients ainsi que les lits de soins palliatifs ; On entend par « lits de rééducation et de réhabilitation » : lits de moyen séjour des établissements hospitaliers et des services hospitaliers ayant pour mission la rééducation ou la réhabilitation sous ses différentes formes, que sont la rééducation et la réhabilitation fonctionnelle, la rééducation gériatrique, la réhabilitation physique et post-oncologique, la réhabilitation et la réadaptation de malades souffrant de troubles psychiques.
7. « lits d'hospitalisation de longue durée » : lits réservés aux soins hospitaliers de longue durée destinés aux patients souffrant de restrictions fonctionnelles justifiant une surveillance médicale, une prise en charge de même que des soins particuliers et continus par du personnel spécifiquement qualifié ainsi que des traitements d'entretien ;
8. « lits d'hospitalisation de jour » : lits d'hôpital ou places situés dans un hôpital de jour ou un service de dialyse, réservés aux activités suivantes :
a) actes chirurgicaux ou interventionnels nécessitant une surveillance et des soins pré- ou post-interventionnels ;
b) autres actes diagnostiques et thérapeutiques avec ou sans sédation majeure, à savoir :
- explorations fonctionnelles et endoscopiques ;
- imagerie interventionnelle ;
- ponctions et biopsies non-chirurgicales ;
c) diverses prises en charge thérapeutiques :
- épuration extra-rénale ;
- chimiothérapie, antibiothérapie, immunothérapie intraveineuses ;
- transfusion de produits et dérivés sanguins cytaphérèse ;
- traitements et prise en charge de situations spécifiques ;
d) soins de rééducation psychiatrique adulte, juvénile ou infantile ;
e) soins de revalidation, y compris gériatrique.

9. « lits-portes » : lits d'hôpital ou places situés dans l'enceinte d'un service d'urgence, exclusivement à la disposition des prises en charge urgentes nécessitant une présence médicale et une présence continue par du personnel soignant spécifiquement qualifié pendant une durée inférieure à 12 heures.
~~**10. « lits de réserve sanitaire » : lits hospitaliers aigus ou de moyen séjour dédiés exclusivement à la prise en charge de patients dans le cadre d'une crise sanitaire, une catastrophe, une pandémie, un acte de terrorisme ou d'un accident de grande envergure et qui nécessite le recours à des compétences, des ressources humaines, des équipements ou des infrastructures spécifiques ;**~~
« lits de réserve sanitaire » : lits hospitaliers aigus ou de moyen séjour dédiés à la prise en charge de patients dans le cadre d'une crise sanitaire, d'une catastrophe, d'une crise internationale grave au sens de la loi modifiée du 8 décembre 1981 sur les réquisitions en cas de conflit armé, de crise internationale grave ou de catastrophe, d'une pandémie, d'un acte de terrorisme ou d'un accident de grande envergure, qui nécessite le recours à des compétences, des ressources humaines, des équipements ou des infrastructures spécifiques ;
11. « site » : zone accueillant un ou plusieurs bâtiments exploités par un même organisme gestionnaire et dans laquelle la distance entre un bâtiment et le bâtiment le plus proche ne dépasse pas 500 mètres.
(2) Le nombre maximum de lits par catégories de lits pouvant être autorisé au niveau national est fixé à l'annexe 1 ~~**à l'exception des lits visés au paragraphe 1er, point 10**~~. La dénomination des différents types de service, les normes essentielles y afférentes, le nombre maximal au niveau national par type de service, le nombre minimal de lits par service et le nombre maximal de lits au niveau national par type de service figurent à l'annexe 2 «à l'exception des lits visés au paragraphe 1er, point 10.»

Art. 3.

(1) Le ministre procède à une évaluation des besoins sanitaires de la population résidente **et non-résidente protégé** sur base des données établies par la carte sanitaire, d'une évaluation démographique de la population résidente, de données relatives à l'état de santé de cette population ainsi que d'une comparaison internationale. Cette évaluation des besoins sanitaires nationaux a pour objectifs de :
1. définir les besoins au niveau national en établissements hospitaliers et en réseaux de compétences ;
2. définir les services hospitaliers autorisés et fixer leur nombre maximal au niveau national ;
3. fixer au niveau national un nombre maximal de lits pour l'ensemble des services de même dénomination, le nombre maximal de lits pouvant être autorisé.
(2) La carte sanitaire est un ensemble d'informations établi et mis à jour tous les deux ans par l'Observatoire national de la santé et constitué par :
1. l'inventaire de tous les établissements hospitaliers existants, de leurs services, de leur agencement général, du niveau de qualité des prestations et de leur taux d'utilisation ;
2. l'inventaire des réseaux de compétences, de leurs services hospitaliers et de leurs membres extrahospitaliers, de leur organisation générale, du niveau de qualité des prestations et de leur taux d'utilisation ;
3. les motifs d'hospitalisation stationnaire et ambulatoire des patients admis dans un établissement hospitalier ;
4. le relevé des médecins agréés, de leur spécialité, des professions de santé et du personnel administratif et technique desdits établissements ;
5. l'inventaire des équipements et appareils soumis à une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières ;
6. l'inventaire des établissements ou services prestataires en milieu extrahospitalier collaborant activement avec le secteur hospitalier dans le cadre de réseaux de compétences ;
7. l'inventaire des services d'urgence et des modalités de prise en charge qui y sont proposées ;

8. le nombre et les motifs des transferts ou hospitalisations dans des établissements qui se trouvent à l'étranger ;
9. l'utilisation des prestations des établissements hospitaliers nationaux par des non-résidents. Tous les établissements hospitaliers doivent fournir les renseignements nécessaires à l'élaboration de la carte sanitaire et à sa mise à jour biennale. À défaut de ce faire, le ministre n'accordera pas ou, le cas échéant, ne prorogera pas les autorisations dont question aux articles 7, 9 et 11.
(3) Le ministre doit recourir aux données dépersonnalisées des administrations publiques, des établissements publics ou d'autres organismes luxembourgeois ou étrangers, ainsi que des différents établissements hospitaliers, relatives :
1. aux séjours hospitaliers: données démographiques des patients, diagnostics, procédures médicales et des autres professions de santé, services d'hospitalisation et durée de séjour, mode d'entrée, provenance, mode de sortie, destination du patient après sortie ;
2. à l'utilisation des lits, lits d'hospitalisation de jour et équipements médicaux des établissements hospitaliers: la fréquence des différentes prestations par patient hospitalisé et ambulatoire, nombre de patients ; 3. à l'utilisation des services d'urgence: fréquence et distribution du recours à ces services, caractéristiques démographiques des patients et du degré d'urgence, mode d'entrée, provenance, mode de sortie et destination après sortie, taux d'utilisation des lits-portes au service d'urgence ; 4. à la fréquence et aux motifs d'un transfert à un établissement hospitalier situé à l'étranger ; 5. aux délais d'attente pour toutes les prestations hospitalières.

Art. 4.

(1) La gestion d'un hôpital ainsi que son exploitation sont assurées par un même organisme gestionnaire. Un centre hospitalier peut être exploité sur un ou plusieurs sites. Quatre centres hospitaliers peuvent être autorisés au maximum par le ministre. Chaque centre hospitalier dispose au maximum de trois sites hospitaliers et participe au service d'urgence sur un seul de ses sites. (Loi du 29 juillet 2023) « Par dérogation à l'alinéa 3, chaque centre hospitalier peut disposer de sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires dans le cadre des services visés aux paragraphes 2, points 3, 7 et 8, et 3, point 5, et dans les limites visées à l'article 9, paragraphe 6. Pour les sites supplémentaires, un centre hospitalier peut conclure avec un ou plusieurs médecins autorisés à exercer la médecine en vertu de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire un contrat précisant les modalités de gestion et d'utilisation des équipements et appareils visés à l'annexe 3, ainsi que des parties d'infrastructures les hébergeant. » Un centre hospitalier doit disposer de 300 lits aigus au moins et peut être autorisé à exploiter 700 lits aigus au maximum. Il exploite des lits aigus sur au maximum deux sites hospitaliers. Pour chaque centre hospitalier, le nombre exact de lits est arrêté dans l'autorisation d'exploitation.
(2) Tout centre hospitalier doit obligatoirement disposer d'une autorisation d'exploitation pour les services hospitaliers suivants, dans le respect des dispositions de l'annexe 2 :
1. Cardiologie
2. Chirurgie viscérale
3. Dialyse
4. Gastroentérologie
5. Gériatrie aiguë
6. Hospitalisation de jour chirurgicale
7. Hospitalisation de jour non chirurgicale
8. Imagerie médicale
9. Médecine interne générale
10. Neurologie
11. Obstétrique

12. ORL
13. Pneumologie
14. Psychiatrie aiguë
15. Soins intensifs et anesthésie
16. Soins palliatifs
17. Traumatologie et orthopédie
18. Urgence
19. Urologie Les centres hospitaliers, qui ne disposent pas du service national de néphrologie, doivent disposer d'un service de dialyse.

(3) Chaque centre hospitalier peut exploiter un des services hospitaliers suivants, dans le respect des dispositions de l'annexe 2 et dans la limite du nombre maximal autorisable au niveau national :

1. Chirurgie esthétique
2. Chirurgie vasculaire
3. Gynécologie
4. Neuro-vasculaire (stroke unit niveau 1)
5. Oncologie
6. Pédiatrie de proximité
7. Rééducation gériatrique Les centres hospitaliers, qui ne disposent pas du service national de pédiatrie spécialisée, peuvent être autorisés à exploiter un service de pédiatrie de proximité. Les centres hospitaliers, qui ne disposent pas du service national de chirurgie plastique, peuvent être autorisés à exploiter un service de chirurgie esthétique.

(4) Chacun des services hospitaliers suivants est qualifié de « service national » et, en tant que tel, son exploitation ne peut être autorisée que dans un seul hôpital :

1. Chirurgie pédiatrique
2. Chirurgie plastique
3. Hémato-oncologie
4. Hospitalisation de longue durée médicale
5. Immuno-allergologie
6. Maladies infectieuses
7. Médecine de l'environnement
8. Néonatologie intensive
9. Néphrologie
10. Neurochirurgie
11. Stroke unit niveau 2
12. Ophtalmologie spécialisée
13. Pédiatrie spécialisée
14. Procréation médicalement assistée
15. Psychiatrie infantile
16. Psychiatrie juvénile
17. Soins intensifs pédiatriques
18. Urgence pédiatrique Les services de chirurgie pédiatrique, de néonatologie intensive, de pédiatrie spécialisée, de procréation médicalement assistée, de soins intensifs pédiatriques et d'urgence pédiatrique sont obligatoirement réunis dans un même centre hospitalier disposant d'une maternité de niveau 2, telle que définie à l'annexe 2.

(5) Un centre hospitalier qui en fait la demande peut être autorisé à exploiter 30 à 70 lits de moyen séjour dans le domaine de la rééducation gériatrique. Un seul centre hospitalier peut être autorisé à exploiter 20 lits d'hospitalisation de longue durée au maximum.

(6) Les centres hospitaliers sont obligés de participer au service de garde. Ils conviennent entre eux de l'établissement du plan du service de garde, le directeur de la Santé entendu en son avis. Ils communiquent ce plan pour approbation au ministre, six mois à l'avance et pour une période semestrielle. Le plan indique la personne responsable de l'organisation du service de garde de chaque centre hospitalier. Tout changement à ce plan est immédiatement communiqué au ministre, qui est censé ratifier le changement, à moins de faire connaître sans délai son opposition. Dans ce cas, il doit prendre les mesures propres à assurer le fonctionnement du service. Si les centres hospitaliers n'arrivent pas à se mettre d'accord sur l'établissement du plan du service de garde, le ministre établit ce plan d'office.
(7) Un règlement grand-ducal précise les exigences auxquelles les services d'urgence doivent répondre en ce qui concerne leur équipement et la présence effective ou la disponibilité du personnel médical et soignant, ainsi que les modalités suivant lesquelles ces services assurent la prise en charge des urgences.
(8) En cas de besoins sanitaires liés à tout type de catastrophes **ou d'une crise internationale grave constatée au sens de la loi modifiée du 8 décembre 1981 sur les réquisitions en cas de conflit armé, de crise internationale grave ou de catastrophe**, de pandémies, d'actes de terrorisme ou d'accidents de grande envergure déclarés par une décision du Gouvernement en conseil ou de catastrophe, le ministre ou le membre du Gouvernement qui le remplace en cas d'empêchement peut prendre toutes les mesures que la situation exige, et même ordonner la réquisition des établissements hospitaliers et du personnel médical, soignant et technique qui leur est attaché. La réquisition est faite oralement ou par écrit à un responsable de l'établissement. Elle comporte pour celui-ci l'obligation d'avertir, en spécifiant qu'il agit sur ordre du ministre, un nombre suffisant de médecins et de membres du personnel soignant et technique pour assurer le service qui est demandé à l'établissement. Toute prestation effectuée en vertu de la réquisition par un établissement hospitalier ou par un médecin donne droit à une indemnisation. Si celle-ci ne peut pas être obtenue de la part de la personne qui a bénéficié de la prestation ou de l'organisme de sécurité sociale dont elle relève, elle est à charge de l'État.
Dans les hypothèses visées à l'alinéa 1er, le ministre peut également autoriser les établissements hospitaliers qu'il désigne, à exploiter le nombre de lits de réserve sanitaire qu'il estime nécessaire et ce en dépassement du nombre maximum de lits autorisables au titre des articles 4 et 5, de l'annexe 1 et 2 ainsi que du nombre maximum de lits retenus dans les différentes autorisations d'exploitation et de services des établissements hospitaliers. Ces lits peuvent être exploités soit dans un ou plusieurs services hospitaliers autorisés conformément à l'annexe 2, soit dans un service hospitalier spécifique y dédié et non prévu à l'annexe 2.
~~**L'autorisation d'exploitation des lits de réserve sanitaire est limitée à douze mois maximum. Elle est renouvelable pour la même durée maximum.**~~
Dans les hypothèses visées à l'alinéa 1er, le ministre peut également autoriser un hôpital à acquérir, détenir ou utiliser temporairement tout équipement national au-delà du nombre maximal déterminé à l'annexe 3 ou tout équipement de plus de 250 000 euros nécessaire à la gestion d'un tel événement sans devoir se soumettre à la procédure prévue à l'article 14, paragraphe 2.
Les moyens financiers, structurels, en ressources humaines nécessaires à l'exploitation des lits de réserve sanitaire autorisés selon l'alinéa 2 et les équipements autorisés selon l'alinéa 4 sont à charge du budget de l'État.

Art. 5.

(1) Les services hospitaliers nationaux suivants peuvent constituer un établissement hospitalier spécialisé de :
1. cardiologie interventionnelle et chirurgie cardiaque avec un nombre maximum de 30 lits aigus pouvant y être autorisé ;

2. radiothérapie avec un nombre maximum de 2 lits aigus pouvant y être autorisé.
(2) L'établissement public dénommé « Centre hospitalier neuropsychiatrique » constitue un établissement hospitalier spécialisé en réhabilitation psychiatrique et exploite le service national de réhabilitation psychiatrique ainsi que le service d'hospitalisation de longue durée psychiatrique. Le nombre maximum de lits pouvant y être autorisé ne peut être supérieur à ~~180~~**240** lits de moyen séjour et ~~67~~**140** lits d'hospitalisation de longue durée.
(3) L'établissement public dénommé « Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation » constitue un établissement hospitalier spécialisé en rééducation fonctionnelle et exploite le service national de rééducation fonctionnelle. Le nombre maximum de lits pouvant y être autorisé ne peut être supérieur à ~~100~~**150** lits de moyen séjour.
(4) Outre les services de rééducation gériatrique autorisés dans les hôpitaux, le ministre peut autoriser un établissement hospitalier spécialisé en rééducation gériatrique à exploiter un service de rééducation gériatrique. Le nombre maximum de lits pouvant y être autorisé ne peut être supérieur à 40 lits de moyen séjour.
(5) Le ministre peut autoriser au maximum un établissement hospitalier spécialisé en réhabilitation physique et post-oncologique qui exploite les services nationaux de réhabilitation physique et de réhabilitation post-oncologique. Le nombre maximum de lits pouvant y être autorisé ne peut être supérieur à 60 lits de moyen séjour.
(6) Pour chaque établissement hospitalier spécialisé, le nombre exact de lits autorisés est arrêté dans l'autorisation d'exploitation. Les établissements hospitaliers spécialisés visés aux paragraphes 2 à 5 doivent disposer de 30 lits au moins. 1 Remplacé par la loi du 29 octobre 2020.

Art. 6.

(1) Le ministre peut autoriser au maximum un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie. Le nombre maximum de lits de cet établissement pouvant être autorisé ne peut être supérieur à ~~20~~**25** lits de moyen séjour. Le nombre exact de lits de l'établissement hospitalier qui est autorisé ci-avant est arrêté dans son autorisation d'exploitation.
(2) Le ministre peut autoriser au maximum un établissement de cures thermales.
(3) À l'exception du centre de diagnostic dans le domaine de la génétique humaine et de l'anatomopathologie visé à l'article 2 de la loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public « Laboratoire national de santé », aucun centre de diagnostic ne peut être autorisé par le ministre.
Le centre de diagnostic visé à l'alinéa précédent a pour objet de réaliser des examens en ce qui concerne :
a) l'anatomie pathologique : les examens relevant de la cytologie et de l'histologie ;
b) la génétique humaine : les examens portant sur l'hérédité ou non de malformations et d'anomalies, tant physiques que psychiques, la nature moléculaire de ces malformations et anomalies ou le fait d'être porteur de caractères héréditaires, y compris l'interprétation de ces examens et le conseil génétique.

Art. 7.

(1) L'exploitation et l'extension de tout établissement hospitalier sont soumises à l'autorisation du ministre conformément à la procédure prévue ci-dessous.
(2) L'organisme gestionnaire de l'établissement hospitalier sollicite, sur base d'un projet d'établissement, une autorisation d'exploitation auprès du ministre qui décide après avoir demandé l'avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier.
(3) Ce projet d'établissement comporte :
1. la dénomination de l'établissement hospitalier ;
2. les objectifs et missions de l'établissement ;
3. la dénomination et la forme juridique de son organisme gestionnaire ;

4. l'organigramme général de l'établissement ;
5. le nombre ainsi que la localisation de ses sites et bâtiments hospitaliers ;
6. le nombre et le type de lits, y compris les lits d'hospitalisation de jour et de lits-portes, que l'établissement souhaite exploiter ;
7. le nombre et la localisation des services hospitaliers stationnaires et ambulatoires sollicités ;
8. les équipements ou les appareils soumis à planification nationale. Au projet d'établissement est joint l'avis y relatif du Conseil médical.

(4) L'autorisation d'exploitation délivrée par le ministre à un établissement hospitalier reprendra les points 1. à 8. retenus ou rectifiés par le ministre suite à l'examen du projet d'établissement, y compris le nombre de lits autorisés pour chaque service.

(5) Lorsqu'un organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier modifie son projet d'établissement, il en avise le ministre, qui décide sur le bien-fondé de cette modification en respectant la procédure prévue au paragraphe 2 du présent article.

(6) Un établissement hospitalier ne peut bénéficier des subventions financières étatiques visées à l'article 15 qu'à condition de disposer d'une autorisation d'exploitation valable.

Art. 8.

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

1. des projets de modernisation, d'extension ou de mise en conformité avec des normes de sécurité ou d'hygiène de structures hospitalières existantes ;
2. des projets de construction nouvelle en remplacement de structures existantes ou résultant de synergies ou de coopérations entre plusieurs établissements hospitaliers existants entraînant une désaffectation des structures hospitalières remplacées ou leur réaffectation à une destination hospitalière dûment autorisée ; 3. des projets « de construction nouvelle ou »1 de réaménagement ou de transformation de structures existantes visant à « développer » la prise en charge ambulatoire (. . .)3 .

(2) Seuls les projets mentionnés aux points 1. à 3. sont financés par le biais du fonds pour le financement des infrastructures hospitalières au titre de l'article 15. 1 Inséré par la loi du 29 juillet 2023.

Art. 9.

(1) L'exploitation d'un service hospitalier ainsi que toute demande de création, d'extension ou de modernisation d'un service hospitalier ou de prorogation d'autorisation d'un service hospitalier doit être soumise par l'organisme gestionnaire de l'établissement hospitalier pour autorisation au ministre qui décide après avoir demandé l'avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier.

(2) Par extension d'un service hospitalier, on entend l'augmentation des surfaces architecturales destinées à l'accueil et au séjour des patients ou l'augmentation du nombre des lits. Une extension limitée en mètres carrés pour des petits travaux d'agrandissement de fonctions existantes, et qui ne donnent pas lieu à de nouvelles fonctionnalités, n'est pas considérée comme une extension de service.

(3) Par modernisation d'un service hospitalier, on entend les adaptations nécessaires pour que ce service puisse se conformer aux normes de sécurité ou d'hygiène, aux critères contenus dans les définitions de services visés à l'annexe 2 ou dans les normes réglementaires prévues à l'article 10. (4) La demande d'exploitation d'un service doit être accompagnée, pour chaque service hospitalier, d'un projet de service cohérent avec le projet d'établissement visé à l'article 7 et respectant les critères fixés dans les définitions de services prévues à l'annexe 2 ainsi que d'autres normes déterminées par règlement grand-ducal conformément à l'article 10.

(5) Ce projet de service comporte :

1. la dénomination du service, le type de patients et de pathologies pris en charge et le volume d'activités attendu ;
2. les unités de soins au sens de l'article 2, stationnaires, ambulatoires, médico-techniques ou autres qui le constituent ainsi que les liens organisationnels et fonctionnels entre elles et avec d'autres services hospitaliers ;
3. les ressources humaines, l'organigramme, les équipements y affectés spécifiquement, le nombre de lits et le type de lits ainsi que le nombre de lits d'hospitalisation de jour ou de lits-portes ;
4. la localisation principale du service et de ses antennes éventuelles sur un ou plusieurs sites hospitaliers ;
5. l'organisation et les moyens mis en place pour assurer la continuité des soins ;
6. la prise en charge dans laquelle les activités médicales et chirurgicales du service s'inscrivent ;
7. le volume d'activités en cas d'extension et de modernisation d'un service hospitalier ou de prorogation d'autorisation d'un service hospitalier ;
8. la politique d'admission, de transfert et de sortie de patients. Au projet de service est joint l'avis y relatif du Conseil médical.

(6) Chaque établissement hospitalier ne peut disposer que d'un seul service hospitalier de la même nature et sur un site unique. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'un établissement multi-sites, un service hospitalier autorisé peut comprendre une unité de soins située sur un autre site hospitalier du même établissement hospitalier. Dans ce cas, l'unité est considérée comme une « antenne de service ». (Loi du 29 juillet 2023) « Un centre hospitalier peut disposer de deux antennes supplémentaires par service visé à l'article 4, paragraphe 1er, alinéa 4. »

(7) L'antenne de service répond aux conditions ci-après :
1. assurer une amélioration objective de l'accessibilité des soins prodigués par le service hospitalier correspondant ;
2. être en liaison fonctionnelle étroite avec le service hospitalier ;
3. disposer de la même équipe de médecins spécialisés pour assurer la continuité des soins dans le service hospitalier et son « antenne », et appliquer les mêmes procédures de prise en charge. Une « antenne de service » peut également être exploitée par un établissement hospitalier ne disposant pas du service hospitalier en question, sur base d'une convention de collaboration interhospitalière avec un établissement hospitalier disposant d'un tel service, dont le projet de service reprend les modalités de cette collaboration.

(8) Un établissement hospitalier ne peut bénéficier des subventions financières étatiques visées à l'article 15 au profit des services hospitaliers qu'à condition de disposer d'une autorisation d'exploitation valable.

Art. 10.

Les normes des services hospitaliers mentionnées aux articles 4 et 5 et qui figurent à l'annexe 2 peuvent être précisées par règlement grand-ducal en ce qui concerne :
1. l'aménagement, l'organisation générale ainsi que le taux d'occupation du service ;
2. les effectifs médicaux requis, les spécialités médicales concernées, les professionnels de santé et leur dotation ;
3. le niveau de continuité de service à respecter ;
4. l'environnement, l'infrastructure et l'architecture requis sur le site hospitalier abritant le service, dont la disponibilité d'autres services et de compétences médicales et professionnelles extérieures au service ;
5. les procédures, les activités ainsi que les modalités de documentation de l'activité et de l'évaluation des résultats d'activité ;
6. la politique d'admission, de transfert et de sortie de patients.

Art. 11.

(1) La première autorisation d'exploitation d'un établissement hospitalier ou d'un service hospitalier, suite à la procédure prévue aux articles 7 et 9, est accordée pour une durée maximale de cinq ans.
(2) Les autorisations mentionnées au paragraphe précédent sont prorogées à chaque fois pour une durée maximale de cinq ans. L'autorisation d'exploitation d'un établissement hospitalier peut être adaptée avant l'échéance de cinq ans. Au cas où un organisme gestionnaire modifie son projet d'établissement ou de service, et que ce changement affecte les conditions de l'autorisation d'exploitation, il sollicite une adaptation de son autorisation d'exploitation avant son délai d'échéance. (3) La demande de prorogation est faite par l'organisme gestionnaire moyennant une lettre recommandée à adresser au ministre au plus tard six mois avant l'échéance de l'autorisation. À l'appui de la demande visée à l'alinéa qui précède, l'organisme gestionnaire doit établir :
1. pour la prorogation de l'autorisation d'exploitation, que l'établissement hospitalier continue à respecter, son projet d'établissement ;
2. pour la prorogation des autorisations de services hospitaliers, que l'établissement hospitalier continue à respecter, toutes les prescriptions des définitions des services mentionnées à l'annexe 2 ainsi que les normes réglementaires fixées conformément à l'article 10.
(4) Sans préjudice du paragraphe 2 et de l'article 12 ci-après et après avoir demandé l'avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier, le ministre peut refuser :
1. l'autorisation d'exploitation d'un établissement hospitalier ou sa prorogation s'il ne respecte plus son projet d'établissement ou s'il ne répond plus aux besoins sanitaires nationaux ;
2. l'autorisation d'exploitation d'un service hospitalier ou sa prorogation s'il ne répond pas aux prescriptions des définitions mentionnées à l'annexe 2, aux normes déterminées conformément à l'article 10 ou aux besoins sanitaires nationaux.
(5) En cas de non-prorogation de l'autorisation d'exploitation d'un établissement hospitalier ou d'un service hospitalier ou de fermeture d'un site hospitalier, le ministre fixe le délai endéans lequel l'établissement hospitalier, le service hospitalier ou le site hospitalier doit être fermé. Ce délai est de deux ans au maximum dans le cas de la fermeture d'un établissement hospitalier ou d'un site hospitalier. Dans le cas d'un service hospitalier, ce délai est d'un an au maximum.
(6) Aux termes des délais visés au paragraphe précédent, l'organisme gestionnaire doit cesser l'exploitation de l'établissement hospitalier, du service hospitalier ou toute activité sur le site hospitalier.

Art. 12.

(1) Lorsqu'il appert, au vu d'un rapport du directeur de la Santé, qu'un établissement ou service hospitalier :
1. ne répond pas aux conditions mentionnées aux définitions de l'annexe 2 ou aux normes déterminées conformément à l'article 10, ou
2. ne dispose pas des autorisations d'exploitation requises en vertu des articles 7 et 9 ;
3. contrevient aux autres dispositions de la présente loi ;
4. ne répond plus aux besoins sanitaires déterminés conformément à l'article 3 ; le ministre met l'organisme gestionnaire de l'établissement concerné en demeure de se conformer aux procédures, définitions et normes dans un délai qu'il fixera et qui sera inférieur à un an.
(2) Passé ce délai et à défaut par l'organisme gestionnaire de s'être conformé aux prescriptions, le ministre peut ordonner endéans les délais prévus à l'article 11, paragraphe 5, la fermeture de l'établissement ou du service après avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier. Ces avis doivent être fournis dans le mois de leur saisine.
(3) Lorsque des raisons urgentes de santé publique le justifient, le ministre, au vu d'un rapport du directeur de la Santé et après avoir entendu l'organisme gestionnaire concerné, peut ordonner, par décision motivée et à titre provisoire, la fermeture immédiate d'un établissement hospitalier ou d'un service hospitalier. Le ministre en informe immédiatement le Collège médical et la Commission

permanente pour le secteur hospitalier. Ceux-ci doivent fournir leurs avis dans un délai d'un mois. Après avoir reçu communication de l'avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier, le ministre prend une décision définitive dans le délai d'un mois. La décision est notifiée à l'intéressé par lettre recommandée.

Art. 13.

L'organisme gestionnaire qui veut cesser l'exploitation totale d'un établissement hospitalier ou d'un service hospitalier doit en aviser au préalable le ministre au moins un an à l'avance. Ce délai peut être abrégé par le ministre à la demande de l'organisme gestionnaire si aucune raison majeure de santé publique ne s'y oppose.

Art. 14.

(1) Les équipements et appareils « utilisés en vue d'une prise en charge médicale »1 , qui soit en raison de leur coût « dépassant 250.000 euros HTVA valeur à neuf, »2 soit en raison du personnel hautement qualifié que leur utilisation requiert, « , soit exigeant des conditions d'emploi particulières, sont réservés aux centres hospitaliers sur leurs sites visés à l'article 4 »1 . (Loi du 29 juillet 2023) « Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale nécessitant une planification nationale sont limités par un nombre maximum. Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières sont déterminés à l'annexe 3. » 1 Remplacé par la loi du 29 juillet 2023. 2 Inséré par la loi du 29 juillet 2023.) « Ne sont pas visés par l'alinéa 1er, les laboratoires d'analyses médicales au sens de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales. »

(2) Tout établissement hospitalier ayant l'intention d'acquérir ou d'utiliser un appareil ou un équipement hospitalier mentionné au paragraphe 1er ou un équipement ou appareil médical dont le coût dépasse 250.000 euros doit soumettre son projet à l'autorisation du ministre qui sollicite l'avis de la Commission permanente pour le secteur hospitalier. La demande d'autorisation doit être accompagnée d'une analyse des coûts et des charges du personnel qui utilise cet équipement ou appareil, des coûts de formation de ce personnel et des coûts d'entretien relatifs à cet équipement ou appareil.

(3) Le choix des établissements hospitaliers dans lesquels peuvent être installés les équipements prévus au paragraphe 1er se fait en fonction d'une activité correspondante adéquate ainsi que de l'attribution des services hospitaliers dont ils relèvent, pour ce qui est des équipements uniques, de la disponibilité d'autres équipements et ressources indispensables ou utiles au fonctionnement de l'équipement à installer.

(4) L'autorisation d'exploitation de chaque établissement mentionnera le lieu d'installation des appareils et équipements visés au paragraphe 1er.

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

Art. 15.

L'État participe à raison de 80 pour cent aux frais des investissements mobiliers et immobiliers des établissements hospitaliers autorisés par le ministre conformément à l'article 17, la Commission permanente pour le secteur hospitalier demandée en son avis et qui ont trait : 1. aux équipements et appareils dont question à l'article 14, paragraphe 1er « , et soumis à planification nationale »1 ; 2. aux projets visés aux points 1. à 3. de l'article 8 : a) lorsqu'un tel projet concerne un centre hospitalier et dépasse un montant de 500.000 euros hors TVA ; b) lorsqu'un tel projet concerne un établissement hospitalier spécialisé mentionné à l'article 5 ou un autre établissement hospitalier mentionné à l'article 6 et dépasse un montant de 250.000 euros hors TVA.

Art. 16.
(1) Sur décision de leurs organismes gestionnaires respectifs, des établissements hospitaliers peuvent mettre en commun des activités et bénéficier à ce titre des subventions prévues à l'article qui précède, lorsqu'ils procèdent à des investissements communs.
(2) L'allocation de l'aide financière pour les projets en commun suit les mêmes règles que pour les projets individuels des établissements hospitaliers, en ce qui concerne la définition des parties subventionnables et des besoins des établissements hospitaliers.
Art. 17.
(1) En vue d'obtenir une subvention conformément aux dispositions qui précèdent, la direction d'un établissement hospitalier doit présenter une demande au ministre. La demande doit être accompagnée des pièces justificatives requises. Elle est instruite par la Commission permanente pour le secteur hospitalier conformément aux dispositions de l'article 22.
(2) Un règlement grand-ducal détermine les modalités détaillées de la procédure de demande, notamment en ce qui concerne : 1. les délais et modalités d'instruction du dossier ; 2. les pièces justificatives à joindre ; 3. une étude des besoins et de l'impact sur le système de santé ainsi que l'étendue et les modalités de cette étude.
(3) La subvention est allouée par décision du ministre.
Art. 18.
(1) Il est institué un fonds pour le financement des infrastructures hospitalières appelé par la suite « fonds », conformément aux articles 76 et 77 de la loi modifiée du 8 juin 1999 sur le budget, la comptabilité et la trésorerie de l'État.
Le fonds est destiné à honorer les engagements pris par l'État conformément à l'article 15, point 2. ainsi qu'à l'article 16, y compris les frais financiers~~**, à condition que chaque établissement hospitalier fasse parvenir au ministre les factures dont il sollicite le remboursement au plus tard dans les six mois à compter de la date de la facture ou de la libération de garantie**~~.
(2) Les subventions pour équipements et appareils nécessitant une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières qui sont sollicitées par les établissements hospitaliers conformément à l'article 15, point 1., sont à charge du budget de l'État et non du fonds.
(3) Le fonds est placé sous l'autorité du ministre et alimenté par des dotations budgétaires annuelles. Les dépenses imputables au fonds font l'objet d'une programmation pluriannuelle par le gouvernement. 1 Inséré par la loi du 29 juillet 2023.
(4) Les subventions prévues à la présente loi sont accordées sur base de conventions signées avec les maîtres d'ouvrage respectifs telles que prévues à l'article 1er, dernier alinéa de la loi modifiée du 21 juin 1999 autorisant l'État à participer au financement de la modernisation, de l'aménagement ou de la construction de certains établissements hospitaliers. Ces conventions prévoient les modalités de contrôle par rapport à la conformité des investissements autorisés et de la liquidation des subventions consenties.
(5) La liquidation, à charge du fonds, des subventions accordées au titre d'un projet d'investissement déterminé est effectuée, le cas échéant, après déduction des avances éventuellement déjà accordées au titre du même projet d'investissement.
(6) Après signature de la convention prévue au paragraphe 4, chaque établissement hospitalier fait parvenir au ministre les factures dont il sollicite le remboursement. Le remboursement des factures payées est à solliciter dans un délai de six mois à compter de la date de paiement ou de la libération de garantie.
Le remboursement des factures payées avant la date de signature de la convention est à solliciter dans un délai de six mois à compter de la date de signature de la convention, sur la base d'un décompte certifié par le réviseur d'entreprises agréé de l'hôpital.
Art. 19.

Pour chaque projet pour lequel la participation étatique visée à l'article 15 dépasse le seuil fixé à l'article 80 de la loi modifiée du 8 juin 1999 sur le budget, la comptabilité et la trésorerie de l'État, une loi spéciale fixe le montant des subventions à charge du fonds à ne pas dépasser.

Art. 20.

(1) Les bénéficiaires des subventions régies par la présente loi perdent les avantages qui leur ont été consentis si, avant l'expiration d'un délai de 5 ans pour les investissements mobiliers et d'un délai de 20 ans pour les investissements immobiliers, à partir de leur octroi, ils : 1. aliènent à titre onéreux, cèdent ou échangent les biens mobiliers ou immobiliers en vue desquels les subventions ont été consenties, ou 2. modifient l'affectation originaire des biens mobiliers ou immobiliers. La perte des avantages est calculée au prorata du temps restant à courir jusqu'à la fin des délais respectifs prévus à l'alinéa 1er.

(2) Sans préjudice des dispositions prévues au paragraphe 1er, les subventions financières restent acquises si les biens mobiliers ou immobiliers continuent d'être affectés à une utilisation poursuivant un objectif de santé publique ou un objectif de service public. (3) L'organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier qui souhaite aliéner à titre onéreux, céder, échanger ou modifier un bien mobilier ou immobilier qui a fait l'objet d'un subventionnement au titre de la présente loi, doit en informer le ministre par lettre recommandée au plus tard trois mois avant l'opération envisagée. (Loi du 29 juillet 2023)

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

Art. 21.

(1) Le commissaire du Gouvernement aux hôpitaux ci-après dénommé le « commissaire » est nommé par le ministre. Pour pouvoir être nommé commissaire, le candidat doit remplir les conditions pour l'admission à l'examen-concours d'admission au stage du groupe de traitement A1.

(2) Les missions du commissaire consistent à :

1. exercer un droit d'information et de contrôle sur l'activité des établissements hospitaliers ainsi que sur leur gestion technique, administrative et financière ;
2. contrôler le respect des dispositions de la présente loi et de ses règlements d'exécution ;
3. contrôler l'affectation des subventions publiques versées au titre de l'article 15 ;
4. faire toute proposition en relation avec une meilleure utilisation des ressources ;
5. faciliter les projets d'intérêt commun ou de mutualisation des établissements hospitaliers. Pour l'exécution de sa mission le commissaire peut requérir l'assistance des services d'un établissement hospitalier. Il a le droit, aussi souvent qu'il le juge utile, de demander rapport aux organes de direction et de gestion des établissements hospitaliers ainsi que de prendre connaissance, même sans se déplacer, des livres, comptes et autres documents des établissements hospitaliers.

(3) Le commissaire « ou son délégué »1 assiste avec voix consultative aux assemblées générales et aux réunions des organismes gestionnaires de tous les établissements hospitaliers. Les avis de convocation contenant l'ordre du jour de ces assemblées et réunions lui sont adressés en même temps qu'aux membres des organes statutaires. Il obtient tous les documents et renseignements fournis à ces membres. Il doit être entendu en ses observations à chaque fois qu'il le demande. Le commissaire suspend l'exécution des décisions d'un organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier, lorsqu'il estime que celles-ci sont contraires aux lois, aux règlements et aux conventions conclues avec l'État. Il fait acter son veto. Si, 1 Inséré par la loi du 18 octobre 2021. dans le mois de la suspension, l'organisme gestionnaire de l'établissement hospitalier visé n'a pas été informé des suites que le

ministre a réservées à ce veto, la suspension est présumée levée et la décision peut être mise à exécution.

Art. 22.

(1) Une Commission permanente pour le secteur hospitalier, ci-après dénommé « Commission », exerce des fonctions consultatives auprès du ministre et du ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions et a pour mission d'aviser :

1. toute modification à la présente loi ;
2. les demandes de subventions financières des établissements hospitaliers telle que prévues aux articles 15 et 16 ;
3. les demandes d'autorisation de création, de modernisation ou d'extension d'un établissement hospitalier conformément à l'article 7 ;
4. les demandes d'autorisation de création, d'extension ou de modernisation d'un service hospitalier conformément à l'article 9 ; 5. les demandes de prorogation des demandes visées aux points 3 et 4 du présent article et ce conformément à l'article 11 ; 6. tous les projets de règlements grand-ducaux qui sont applicables aux établissements hospitaliers ; 7. tout projet de création d'un réseau de compétences conformément à l'article 28.

(2) Dès qu'il apparaît à un maître d'ouvrage qu'un projet de modernisation ou de construction d'un établissement hospitalier financé conformément à l'article 15 dépasse de 5 pour cent le montant global arrêté dans la convention de financement prévue à l'article 18 paragraphe 4, pour autant que ce montant soit supérieur à 50.000 euros, il doit saisir dans les deux mois de cette constatation la Commission qui est demandée une nouvelle fois en son avis sur ce projet avec toutes les pièces justifiant ce dépassement de budget. Le subventionnement de ce dépassement par le fonds est ensuite soumis pour autorisation au ministre.

(3) La Commission peut, de sa propre initiative, proposer aux ministres tous voies et moyens d'ordre sanitaire, financier ou administratif portant amélioration du système et des services hospitaliers. La Commission peut être demandée en son avis par le ministre ou le ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions sur toute question relevant du secteur hospitalier.

(4) La Commission se compose : 1. de deux représentants du ministre dont l'un est le directeur de la Santé ou son représentant ; 2. de deux représentants du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale dont l'un est le directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale ou son représentant ; 3. d'un représentant du ministre ayant dans ses attributions le budget ; 4. de trois représentants de la Caisse nationale de santé dont l'un est le président ou son représentant ; 5. de deux représentants proposés par le groupement le plus représentatif des hôpitaux luxembourgeois ; 6. de deux représentants des professions de la santé dont l'un est médecin proposé par l'association la plus représentative des médecins et médecins-dentistes et l'autre professionnel de santé proposé par le Conseil supérieur de certaines professions de santé. II y a autant de membres suppléants qu'il y a de membres effectifs. Les membres effectifs et suppléants sont nommés pour une durée de cinq ans par arrêté grand-ducal sur proposition du ministre. Le commissaire du Gouvernement aux hôpitaux assiste aux réunions de la Commission avec voix consultative.

(5) La Commission est présidée par le directeur de la Santé ou son représentant. Elle peut se constituer en sous-commissions de travail et s'adjoindre des experts. Les avis de la Commission sont pris dans un délai fixé par le ministre qui ne peut être supérieur à six mois, à la majorité des voix, chaque membre pouvant faire constater son vote au procès-verbal et y faire joindre un exposé de ses motifs. Le vote séparé et l'exposé des motifs sont transmis aux ministres compétents. En cas d'égalité des voix, celle du président est prépondérante. (6) Si les représentants de la Caisse nationale de santé estiment que la décision à prendre comporte des répercussions financières importantes pour l'assurance maladie-maternité, ils peuvent demander une prolongation du délai fixé afin de faire examiner la proposition

soumise par expertise à charge de la Caisse nationale de santé. La prolongation doit être accordée par le ministre et ne saurait être inférieure à trois mois.
(7) Un règlement grand-ducal détermine le fonctionnement de la Commission, les procédures à suivre et l'indemnisation des membres qui n'ont pas le statut d'agent de l'État, y compris celle des experts et du secrétaire administratif. Les frais de fonctionnement et les indemnités des membres de la Commission sont à charge du budget de l'État.

Art. 23.

(1) L'organisme gestionnaire arrête la politique générale, les choix stratégiques et définit les activités de l'établissement. Il exerce le contrôle sur les activités de l'établissement.
(2) Il assume les fonctions suivantes : 1. il engage et licencie le directeur général ; 2. il engage et licencie le directeur médical, le directeur des soins et le directeur administratif et financier sur proposition du directeur général ;
3. il arrête le règlement général de l'établissement hospitalier ;
4. il arrête le budget annuel et les comptes annuels ;
5. il arrête le rapport d'activité ;
6. il approuve les acquisitions, aliénations et échanges d'immeubles ;
7. il approuve les emprunts ;
8. il approuve les dons et legs.
(3) Par organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier, on entend l'organe qui, selon le statut juridique de l'établissement hospitalier, est chargé de la gestion et de l'exploitation de l'établissement.
(4) La gestion et l'exploitation d'un établissement hospitalier autorisé selon les dispositions de la présente loi ne peuvent être assurées que par un seul gestionnaire. Le Conseil médical de l'établissement hospitalier doit être représenté avec au moins une voix délibérative et une voix consultative au sein de l'organisme gestionnaire. La même représentation doit être garantie pour la délégation du personnel au sein de l'organisme gestionnaire sans préjudice des dispositions des articles L.426-1, L.426-2 et L.426-3 et suivants du Code du travail qui s'appliquent aux établissements hospitaliers qui revêtent la forme juridique y visée. (5) Les membres de l'organisme gestionnaire agissent dans l'intérêt de l'établissement hospitalier. Ne peuvent devenir membres d'un organisme gestionnaire le ou les fonctionnaires qui, en vertu de leurs fonctions, sont appelés à surveiller ou à contrôler l'établissement hospitalier ou qui, en vertu des pouvoirs leur délégués, approuvent des actes administratifs ou signent des ordonnances de paiement ou d'autres pièces administratives entraînant une dépense de l'État en faveur de l'établissement hospitalier. Il est interdit à tout membre d'un organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier d'être présent aux délibérations sur des objets auxquels il a un intérêt direct, soit personnellement, soit comme chargé d'affaires ou fondé de pouvoir ou auxquels, son conjoint, son partenaire au sens de l'article 2 de la loi modifiée du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, ses parents ou alliés jusqu'au troisième degré inclusivement ont un intérêt personnel et direct. Cette interdiction s'applique tant aux discussions qu'au vote. Mention en est faite au procès-verbal de la réunion de l'organisme gestionnaire.

Art. 24.

(1) L'organisme gestionnaire adopte le règlement général de l'hôpital. Le règlement général porte sur : 1. les objectifs et les modalités du fonctionnement hospitalier et notamment des actions concourant à une prise en charge globale des patients, à la prévention de la dépendance et à l'amélioration continue de la qualité des prestations hospitalières ; 2. la qualité des prestations globales et spécifiquement celles dans le domaine médical et des soins ; 3. le système d'information, l'utilisation rationnelle et scientifique des médicaments et des équipements ; 4. l'organisation médicale, des soins et administrative ainsi que le mode d'exercice de la médecine, des soins et de leurs disciplines annexes ; 5. l'organigramme et le tableau des effectifs du personnel, les règles concernant l'engagement, l'emploi, le remplacement et les tâches des différentes catégories de personnel ; 6. la politique sociale

et de formation continue du personnel ; 7. le règlement d'ordre intérieur relatif aux dispositions concernant les patients et les visiteurs ; 8. l'organisation et le contrôle de la prévention et du contrôle de l'infection nosocomiale ; 9. les règlements de sécurité et les plans d'intervention pour faire face aux catastrophes et événements analogues ; 10. la prévention et l'élimination des déchets. (2) Les différentes parties du règlement général et leurs mises à jour sont portées à la connaissance du ministre et des personnes concernées par tout moyen approprié. (Loi du 22 décembre 2023) « (3) Pour assurer l'organisation des gardes et astreintes découlant des dispositions relatives aux services hospitaliers prévues à l'annexe 2 ainsi que des règlements d'exécution de la présente loi, l'organisme gestionnaire est indemnisé, à charge du budget de l'État, sur base du nombre d'heures et des taux horaires visés aux alinéas 4, 5 et 6. On entend par « garde », le temps de présence effective des médecins hospitaliers au sein des services hospitaliers concernés. On entend par « astreinte », le temps de disponibilité des médecins hospitaliers sur appel au bénéfice des services hospitaliers concernés. En ce qui concerne les gardes, le nombre d'heures indemnisé est de vingt-quatre heures par jour de garde. En ce qui concerne les astreintes, le nombre d'heures indemnisé est de treize heures allant de dix-huit le soir à sept heures le lendemain matin les jours ouvrables et de vingt-quatre heures les weekends et les jours fériés. Les taux horaires du temps de présence effective et de disponibilité sont fixés respectivement à 10,95 euros et à 4,56 euros et correspondent à la cote 100 de l'indice des prix à la consommation au 1er janvier 1948. »

Art. 25.

(1) Dans chaque hôpital, l'organisme gestionnaire met en place des structures et des mécanismes de gestion des risques, d'évaluation et de promotion de la qualité des prestations, ainsi que de prévention, de signalement et de lutte contre les évènements indésirables, y inclus la prévention et le contrôle des infections nosocomiales.

(2) Tout hôpital fournit au comité national de gestion interhospitalière visé à l'article 28 un rapport annuel portant sur les données et informations recueillies et traitées par le système de signalement, les actions entreprises en matière de lutte contre les évènements indésirables et un rapport biennal portant sur la culture de sécurité des soins dans l'établissement.

Art. 26.

(1) Tout hôpital doit se doter, seul ou en association avec un ou plusieurs autres hôpitaux ou établissements hospitaliers spécialisés, d'un comité d'éthique hospitalier.

(2) L'organisme gestionnaire compose le comité d'éthique de manière à assurer une diversité des compétences tant dans le domaine médical qu'à l'égard des questions éthiques, sociales et juridiques. Il est mis en place par l'organisme gestionnaire de l'hôpital, ou, dans le cas d'un comité compétent pour plus d'un hôpital, par décision conjointe de leurs organismes gestionnaires. Le comité peut comprendre tant des membres extérieurs à l'hôpital que des membres attachés à celui-ci.

(3) Le comité d'éthique hospitalier a pour attribution : 1. de fournir, en l'absence de disposition de fin de vie ou de directive anticipée une aide à la décision au patient ou à ses proches, si le patient n'est plus en état de s'exprimer, ainsi qu'aux médecins traitants hospitaliers, chaque fois qu'une pluralité de démarches peut être envisagée du point de vue médical et que le choix entre elles donne lieu à des dilemmes éthiques ; 2. de préparer des orientations internes à l'hôpital pour autant qu'elles concernent des questions d'éthique. Tout membre du personnel ainsi que tous les médecins exerçant à l'hôpital peuvent émettre des suggestions au comité d'éthique hospitalier en vue de l'établissement de ces orientations internes. (4) Dans l'exercice de sa mission définie sous 1. au paragraphe qui précède, le comité d'éthique émet ses avis en toute indépendance de l'organisme gestionnaire et de la direction de l'hôpital. Ces avis sont confidentiels et non contraignants. Le comité d'éthique est en droit d'obtenir communication des éléments médicaux et autres du dossier du patient concerné dont il a besoin pour se prononcer en connaissance de cause.

Art. 27.

(1) Aucun essai, étude ou expérimentation clinique ne peut être pratiqué sur l'être humain en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales sans autorisation préalable du ministre, les avis de la Direction de la santé et du Comité national d'éthique de recherche ayant été demandés au préalable.
(2) Le Comité national d'éthique de recherche est composé, outre d'une majorité de personnes ayant des compétences en médecine, en pharmacie, en biologie ou en chimie, de personnes ayant des compétences dans les domaines éthique, social ou juridique. Les membres du comité sont nommés par le ministre. La proportion des membres du comité de chaque sexe ne peut être inférieure à quarante pour cent. L'organisation et le fonctionnement du Comité national d'éthique de recherche, le montant précis des taxes à percevoir ainsi que l'indemnisation de ses membres qui n'ont pas le statut d'agent de l'État, font l'objet d'un règlement grand-ducal.
(3) Le Comité national d'éthique de recherche émet ses avis en toute indépendance. Si et dans la mesure où l'avis du Comité national d'éthique de recherche n'est pas favorable au projet ou le soumet à des conditions ou restrictions jugées inacceptables par le promoteur de la recherche, celui-ci ne peut passer outre qu'après en avoir référé au ministre, dont la décision est contraignante pour le promoteur de la recherche et l'investigateur. Ni l'avis du comité ni la décision du ministre ne dégagent le promoteur de la recherche ou l'investigateur de leur responsabilité.
(4) Le promoteur ou, à défaut l'investigateur, souscrit une assurance couvrant sa responsabilité et celle de tous les intervenants. Une taxe d'un montant maximal de 2.000 euros est due pour toute demande d'autorisation en vue de la décision visée au paragraphe 1er. Une taxe d'un montant maximal de 600 euros est également due en cas de demande de modification ou de renouvellement de l'autorisation. Une taxe d'un montant maximal de 20 euros est due en cas d'établissement d'un duplicata du document attestant les autorisations visées aux alinéas précédents. La taxe est à acquitter moyennant un versement ou un virement sur un compte bancaire de l'Administration de l'enregistrement et des domaines, comprenant indication de l'identité du requérant ainsi que l'objet du virement ou versement. La preuve de paiement est à joindre à la demande et constitue une pièce obligatoire du dossier.

Art. 28.

(1) Un « réseau de compétences » est une entité organisationnelle qui rassemble à l'intérieur d'un ou de plusieurs établissements hospitaliers des ressources d'un ou de plusieurs services, assurant une prise en charge interdisciplinaire intégrée de patients présentant une pathologie ou un groupe de pathologies, garantissant le respect de critères de qualité élevés par tous les intervenants et la prise en compte des avancées médicales et scientifiques les plus récentes. Les réseaux de compétences peuvent inclure des prestataires extrahospitaliers, institutionnels et individuels, y compris les ressources d'un ou de plusieurs établissements de recherche. Ils peuvent exercer, outre leur mission de diagnostic et de soins, une mission de recherche et d'enseignement.
(2) Des réseaux de compétences pourront être créés afin d'assurer la prise en charge interdisciplinaire des patients atteints des pathologies ou groupes de pathologies suivants :
1. accidents vasculaires cérébraux (1) ;
2. cancers intégrant le service de radiothérapie (2) ;
3. affections rachidiennes à traitement chirurgical (1) ;
~~**4. diabète et obésité morbide de l'adulte (1) ;**~~
~~**5. diabète et obésité morbide de l'enfant (1) ;**~~
4. diabète et obésité avec comorbidité de l'adulte (1) ;
5. diabète et obésité avec comorbidité de l'enfant (1) ;
6. immuno-rhumatologie de l'adulte et de l'enfant (1) ;
7. maladies psychosomatiques (1) ;
8. douleur chronique (1) ;

9. maladies neuro-dégénératives (1).
(3) La demande d'autorisation est introduite par au moins deux hôpitaux sous forme d'un projet de réseau de compétences auprès du Comité de gestion interhospitalière mentionné au paragraphe 5. Tous les hôpitaux traitant la pathologie ou le groupe de pathologies en question peuvent y participer.
(4) Ce projet précise :
1. les disciplines médicales impliquées, le domaine d'activité médicale projeté ;
2. les objectifs quantitatifs et qualitatifs visés ;
3. les ressources et équipements à y affecter spécifiquement pour atteindre ces objectifs, y inclus le nombre de lits et d'emplacements dans le ou les établissements abritant le réseau ;
4. les modalités d'organisation médicale et soignante et de gestion du réseau ;
5. les qualifications et compétences déterminant les modalités d'agrément des médecins et, le cas échéant, d'autres professionnels de santé collaborant dans le réseau ;
6. l'organisation et les moyens mis en place pour assurer la continuité des prises en charge afférentes, conformes aux acquis de la science ;
7. la composition et la mission du Conseil scientifique ;
8. le contenu minimal du rapport d'activité annuel ;
9. les modalités d'évaluation et d'assurance qualité des prestations ;
10. le cas échéant, les activités de recherche et d'enseignement envisagées. Chaque projet de réseau de compétences doit être accompagné d'un Conseil scientifique. Le projet de réseau de compétences ne peut être soumis au ministre que si au moins la moitié des membres du Comité de gestion interhospitalière visé au paragraphe 5 y donnent un avis favorable.
(5) Il est créé un Comité de gestion interhospitalière qui est composé des membres suivants : 1. quatre membres désignés par les directions des hôpitaux ; 2. deux représentants des conseils médicaux ; 3. deux représentants du Conseil supérieur de certaines professions de santé ; 4. un représentant du ministre ; 5. un représentant du ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions ; 6. un membre représentant les établissements de recherche ; 7. le directeur de la Santé ou son représentant ; 8. un représentant de l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie ; 9. en cas de discussion d'un projet de réseau de compétences, un représentant de l'association des patients la plus représentative de la pathologie visée. (6) Il y a autant de membres suppléants qu'il y a de membres effectifs. Les membres effectifs et suppléants sont nommés pour une durée de cinq ans renouvelable par arrêté grand-ducal sur proposition du ministre. Le Président du comité est nommé par arrêté grand-ducal parmi ses membres sur proposition du ministre. La proportion de chaque sexe des membres du comité ne peut être inférieure à quarante pour cent. Le commissaire du Gouvernement aux hôpitaux assiste comme observateur aux réunions du comité. Le comité peut s'adjoindre les experts qu'il estime nécessaire.
(7) Le comité a pour mission de : 1. soutenir les établissements hospitaliers dans l'élaboration des projets de réseaux de compétences et d'aviser leur projet de réseau ; 2. de retenir les modalités organisationnelles des réseaux de compétences ; HÔPITAUX 3. de proposer les modalités de collaboration entre les services nationaux et les différents hôpitaux ; 4. d'élaborer des projets de mutualisation interhospitalière ;
5. de proposer les modalités de collaboration des médecins exerçant dans les réseaux de compétences et dans les services nationaux ; 6. de définir le système d'assurance qualité des prestations hospitalières, d'assurer la coordination nationale de la politique de promotion de la qualité des prestations hospitalières dans les établissements hospitaliers et d'en dresser un état dans un rapport annuel.
(8) Les modalités relatives à la coordination de la politique de promotion de la qualité des prestations hospitalières et à la coordination des structures mises en place dans les établissements hospitaliers conformément à l'article 25, ainsi que les indemnités des membres du comité qui n'ont pas le statut d'agent de l'État, y compris celle des experts, sont définies par règlement grand-ducal. Le comité a

accès, sous une forme dépersonnalisée, aux données et informations nécessaires à l'exécution de ses missions. Un règlement d'ordre intérieur détermine les modalités de fonctionnement du comité. (9) L'autorisation d'exploitation d'un réseau de compétences délivrée par le ministre mentionnera les sites hospitaliers et les services hospitaliers faisant partie du réseau de compétences. La première autorisation d'exploitation et les prolongements successifs de l'autorisation d'exploitation d'un réseau de compétences sont valables pour une durée de cinq ans. L'autorisation d'exploitation d'un réseau de compétences est à chaque fois prorogée pour une durée de cinq ans, à condition que les établissements hospitaliers faisant partie du réseau de compétences adressent une lettre recommandée dans un délai de six mois avant l'échéance de l'autorisation au ministre confirmant qu'ils respectent toujours leur projet de réseau de compétences. Sans préjudice de l'alinéa précédent, le ministre ne peut refuser la prorogation de l'autorisation d'exploitation d'un réseau de compétences que si ce dernier ne respecte plus son projet de réseau de compétences ou qu'il ne corresponde plus aux besoins sanitaires nationaux. En cas de non-prorogation de l'autorisation d'exploitation d'un réseau de compétences, le ministre fixe le délai endéans lequel le réseau doit être fermé. Ce délai est au maximum de deux ans.

Art. 29.

(1) Dans chaque hôpital la direction est confiée à un directeur général, nommé par l'organisme gestionnaire et exclusivement responsable devant celui-ci. (2) Le directeur général de tous les hôpitaux, à l'exception de celui des hôpitaux visés à l'article 5, paragraphes 4 et 5 doit disposer d'une autorisation d'exercer la médecine au sens de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire. Le directeur général doit aussi pouvoir se prévaloir d'une formation certifiée en gestion hospitalière et d'une expérience de deux années au moins dans le domaine de la gestion hospitalière.

(3) Le directeur général est lié à l'hôpital par un contrat de louage de services. En cas d'empêchement ou de vacance de poste de directeur général, ses fonctions sont exercées temporairement par un des directeurs visés à l'article 31 à désigner par l'organisme gestionnaire.

Art. 30.

(1) Le directeur général veille à ce que la continuité des missions imparties à l'hôpital soit assurée pendant toute la durée de la présence des patients faisant appel à ses services.

(2) Le directeur général est chargé d'exécuter les décisions de l'organisme gestionnaire et de régler toutes les affaires lui dévolues par celui-ci. Il assure la gestion journalière de l'établissement et organise son fonctionnement. L'organisme gestionnaire définit les attributions du directeur général devant lui permettre d'assumer la mise en œuvre de ses missions. Le directeur général rend compte à l'organisme gestionnaire de sa gestion et sur les activités de l'établissement.

(3) Les fonctions de directeur général sont incompatibles avec celle de membre de l'organisme gestionnaire.

Art. 31.

(1) Dans les hôpitaux de plus de 200 lits, le directeur général est assisté par un directeur des soins, un directeur médical ainsi qu'un directeur administratif et financier. Le directeur général est le chef hiérarchique du directeur médical, du directeur des soins et du directeur administratif et financier de l'établissement. En cas d'empêchement ou de vacance de poste visé à l'alinéa 1er de ce paragraphe, les fonctions de ceux-ci sont exercées par le directeur général de l'établissement. Les directeurs des soins, médical ainsi qu'administratif et financier répondent de leur gestion au directeur général. (2) Chaque hôpital de plus de 200 lits est structuré en trois départements: un département médical, un département des soins et un département administratif et technique. Le département médical se trouve sous l'autorité du directeur médical, le département des soins sous l'autorité du directeur des soins et le département administratif et technique sous l'autorité du directeur administratif et financier. Un Conseil de direction comprenant tous les directeurs est institué en vue de la coordination

de l'activité hospitalière. Le Conseil de direction et le Conseil médical visés à l'article 32 se réunissent au moins six fois par an afin de se concerter sur toutes les questions relatives à l'organisation médicale.
(3) Le directeur médical doit être médecin. Il a pour mission de mettre en place, sous l'autorité du directeur général auquel il rapporte, la politique médicale générale définie par l'organisme gestionnaire et les actions décidées en Conseil de direction pour le département médical. Il participe à la conception et au pilotage du projet médical d'établissement.
(4) Le directeur médical propose à l'instance dotée du pouvoir de nomination les engagements, les agréments ou révocations de médecins. Ces propositions ne pourront se faire qu'après avoir entendu le Conseil médical en son avis.
(5) Le directeur médical s'assure, assisté par le médecin-coordinateur concerné et dans le respect des compétences légales et réglementaires attribuées au Conseil médical, de la bonne application du règlement général ainsi que des prescriptions de l'article 33. Il est assisté par les médecins-coordinateurs pour définir les objectifs à atteindre en relation avec le projet médical d'établissement et les efforts de standardisation des procédures thérapeutiques et de matériel médical.
(6) Des médecins-coordinateurs, nommés par l'organisme gestionnaire, participent au sein du département médical et sans préjudice des attributions de la direction médicale, au développement et à la coordination de l'activité médicale d'un service ou d'un groupement de services hospitaliers conformément aux objectifs du ou des projet(s) de service afférents et aux orientations du projet d'établissement.
(7) Ils assurent des fonctions de coordination et de planification de l'activité médicale du ou des service(s) et veillent : 1. au bon fonctionnement du ou des services et à la qualité des prestations ; 2. à la standardisation de la prise en charge des patients ; 3. à l'utilisation efficiente des ressources disponibles. Ils exercent leurs missions en collaboration avec le responsable des soins et le pharmacien responsable. (8) Les médecins-coordinateurs disposent dans l'exercice de leurs missions d'un droit de regard sur l'activité de tous les intervenants du ou des services. (9) Un règlement grand-ducal précise le statut, les missions et les attributions des médecins-coordinateurs, ainsi que les modalités de leur désignation.

Art. 32.

(1) Chaque hôpital dispose d'un Conseil médical. Le Conseil médical est l'organe représentant les médecins, les pharmaciens et les chefs de laboratoire exerçant à l'hôpital, par lequel ceux-ci peuvent collaborer à la prise de décision à l'hôpital. Les membres du Conseil médical sont élus par les médecins exerçant à l'hôpital ainsi que par les pharmaciens et chefs de laboratoire. Le Conseil médical fait régulièrement rapport sur l'exécution de son mandat devant l'assemblée de ses électeurs convoquée à cet effet.
(2) Le Conseil médical veille à la discipline des professionnels qu'il représente, au respect des dispositions légales et réglementaires et des règles de déontologie les concernant ainsi qu'aux bonnes relations entre les médecins, les pharmaciens et les chefs de laboratoire, sans préjudice des attributions du Collège médical, du directeur général et directeur médical. Le Conseil médical est appelé à donner son avis sur les questions suivantes : 1. le règlement général ; 2. le budget prévisionnel de l'établissement, le bilan et les comptes de profits et pertes ; 3. les projets de constructions, grosses réparations et transformations ; 4. les créations, transformations ou suppressions de services médicaux ou médico-techniques ; 5. l'acquisition des appareils et équipements visés à l'article 14 paragraphe 1er ; 6. l'agrément ou la nomination des médecins, des chefs de laboratoire et des pharmaciens ; 7. la composition et le fonctionnement du comité d'éthique hospitalier.
(3) Le Conseil médical peut en outre, de sa propre initiative, soumettre au directeur médical, qui les transmet à l'organisme gestionnaire, des avis ou propositions concernant toute question en rapport avec l'organisation médicale ou pharmaceutique de l'établissement ou ayant une influence sur l'exercice de la médecine à l'établissement.

(4) Le Conseil médical peut émettre un avis renforcé lorsque les questions lui soumises pour avis par l'organisme gestionnaire concernent : 1. les dispositions du règlement général relatives à l'organigramme structurel du département médical et à la composition du Conseil médical ; 2. la nomination du directeur médical ; 3. la nomination des médecins responsables de service ; 4. les méthodes de contrôle de qualité de l'activité médicale ; 5. le licenciement ou le retrait d'agrément d'un médecin hors motif grave. Lorsque cet avis a été pris à la majorité des deux tiers des membres votants du Conseil médical et que le gestionnaire ne peut s'y rallier, ce dernier ne peut prendre de décision en la matière que suivant la procédure prévue au paragraphe 6.
(5) Sous réserve des avis renforcés qui sont toujours donnés par écrit, les avis du Conseil médical peuvent être soit donnés par écrit, soit exprimés oralement au cours d'une réunion de l'organisme gestionnaire. Ils doivent être donnés dans un délai d'un mois à partir de la saisine du Conseil médical, sauf si un autre délai a été convenu entre le gestionnaire et le président du Conseil médical. Les résolutions du Conseil médical sont arrêtées à la majorité des voix. En cas de partage des voix, les membres dissidents peuvent donner un avis séparé. Le résultat du vote est joint à l'avis.
(6) Si l'organisme gestionnaire ne peut pas, dans les cas prévus au paragraphe 4, se rallier à l'avis renforcé émis par le Conseil médical, il se concerte préalablement à toute décision avec ce dernier. Si cette concertation n'aboutit pas à un accord, les parties procèdent d'un commun accord à la désignation d'un médiateur. Si elles ne peuvent pas se concilier sur la personne du médiateur, celui-ci est désigné par le directeur de la Santé. La prise de décision de l'organisme gestionnaire est suspendue à partir de la désignation du médiateur et jusqu'à l'aboutissement de la procédure de médiation, sans que le délai de suspension puisse dépasser trois mois. Le médiateur soumet une proposition de médiation aux parties. Si aucun accord n'est trouvé, l'organisme gestionnaire prend la décision finale qui sera motivée et consignée au procès-verbal de la réunion. Un règlement grand-ducal arrête les règles relatives aux modalités d'élection des membres, à la désignation du président et de son délégué, à la durée des mandats et au fonctionnement du Conseil médical.

Art. 33.

(1) Le médecin hospitalier exerce son activité à titre principal ou accessoire dans un ou plusieurs services hospitaliers. Il respecte les dispositions du règlement général visé à l'article 24 et du règlement interne du ou des services auxquels il est attaché selon l'organigramme de l'établissement hospitalier, ainsi que toute procédure interne et directive du directeur médical qui le concerne dans son exercice. Les procédures de l'établissement impliquant une utilisation rationnelle et scientifique des pratiques médicales ou des thérapies et dispositifs médicaux sont motivées et prises en concertation avec le Conseil médical.
(2) Il tient compte des recommandations et respecte les décisions du Comité d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières visé à l'article 25, paragraphe 1er et participe activement au système de signalement et de surveillance mis en place conformément à l'article 25, paragraphe 2.
(3) Il participe à la continuité des soins et des gardes, y compris, le cas échéant, des réseaux de compétences au sein desquels il exerce son activité hospitalière en coordination étroite avec l'organisation générale de l'hôpital. Il respecte le plan de service établi notamment en vue d'assurer la permanence médicale dans l'établissement pendant le temps où celui-ci est de garde.
(4) Il utilise de manière efficiente les ressources disponibles.
(5) Il tient à jour le dossier du patient conformément aux prescriptions légales et réglementaires. Il tient à jour un relevé par patient comportant les interventions et examens et établit le diagnostic principal et les diagnostics auxiliaires suivant les classifications mentionnées à l'article 38. Il inscrit les codes dans le dossier du patient.
(6) Sans préjudice des prescriptions établies par les paragraphes qui précèdent, le médecin exerce sa profession sans lien de subordination sur le plan médical, sous sa propre responsabilité. Les décisions

individuelles prises par le médecin dans l'intérêt du patient relèvent de la liberté thérapeutique. L'établissement hospitalier n'intervient pas dans la relation individuelle du médecin avec son patient.
(7) Les médecins libéraux agréés à un établissement hospitalier y exercent sur base d'un contrat de collaboration. Ce contrat doit correspondre à un contrat-type, dont le contenu minimal est arrêté d'un commun accord entre l'association la plus représentative des médecins et les groupements des hôpitaux prévus à l'article 62 du Code de la sécurité sociale. A défaut d'accord endéans les 12 mois, le ministre peut en arrêter le contenu. Le modèle de contrat-type de collaboration une fois arrêté fait, à l'initiative du ministre, l'objet d'une publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg. Le contenu essentiel du contrat-type de collaboration entre un établissement hospitalier et les médecins libéraux y agréés comprend :
1. son objet et les activités médicales que le médecin exerce dans l'établissement hospitalier ;
2. le respect des objectifs de qualité et de sécurité arrêtés par l'établissement hospitalier conformément au règlement général de l'établissement et aux considérations du Comité de gestion interhospitalière ;
3. la durée du contrat et ses règles de prorogation ;
4. les conditions d'accès aux unités de soins ainsi que les conditions d'utilisation rationnelle et scientifique des équipements médico-techniques et des infrastructures ;
5. les modalités de gestion des absences des médecins ;
6. l'obligation pour le médecin de souscrire une assurance responsabilité civile ;
7. les modalités de résolution extra-judiciaire des conflits entre les établissements hospitaliers et les médecins ; 8. les modalités d'application pratiques des droits et obligations prévus aux paragraphes 1er à 6 du présent article et les conséquences sur le contrat de collaboration en cas de non-respect par l'une des parties contractantes de ces prescriptions et ce dans le respect des procédures applicables à l'article 32.

Art. 34.

Les dispositions des articles L.421-1 et suivants du Code du travail relatifs aux comités mixtes dans les entreprises du secteur privé et organisant la représentation des salariés dans les sociétés anonymes sont applicables aux établissements hospitaliers.

Art. 35.

(1) La pharmacie hospitalière, obligatoire dans les hôpitaux, fonctionne sous l'autorité et la surveillance d'un pharmaciengérant. Les pharmaciens y organisent une activité hospitalière de pharmacie clinique.
(2) Elle peut fonctionner sous forme d'un service intégré à l'établissement hospitalier ou être assurée à travers une structure interne réduite associée à une structure externe à l'établissement hospitalier, de façon à garantir la continuité des soins et les besoins urgents de l'établissement hospitalier. La structure externe à l'établissement hospitalier peut être une pharmacie hospitalière intégrée à un autre établissement hospitalier ou une structure à part commune à plusieurs établissements hospitaliers.
(3) Un règlement grand-ducal détermine les conditions auxquelles la pharmacie hospitalière ou la structure à part doit répondre, en ce qui concerne :
1. les exigences et modalités d'organisation et d'aménagement, y inclus les surfaces et équipements minimaux requis ;
2. les exigences et conditions auxquelles le pharmacien-gérant, les pharmaciens-assistants et le personnel doivent répondre, ainsi que leur statut et leurs attributions ;
3. les conditions et exigences minimales du stock pharmaceutique ;
4. la préparation, la division, le conditionnement et le reconditionnement des médicaments et autres produits relevant de la pharmacie hospitalière, dans des conditions de sécurité et de qualité optimales, en assurant leur traçabilité ;

5. les catégories de médicaments ou autres produits relevant de la pharmacie hospitalière qui peuvent être délivrés à des patients ne séjournant pas à l'hôpital, ainsi que les modalités et conditions sous lesquelles la délivrance peut se faire.

Art. 36.

(1) Chaque hôpital dispose d'un laboratoire d'analyses de biologie médicale suivant les conditions et modalités de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales et de ses règlements d'exécution.

(2) L'exploitation du laboratoire d'analyses de biologie médicale hospitalier visé au paragraphe 1er est assurée soit par un service faisant partie de l'hôpital soit par une structure commune à plusieurs hôpitaux. (3) Toute analyse de biologie médicale prélevée dans le cadre d'une prise en charge médicale concomitante en policlinique ou sur un plateau médico-technique de l'hôpital ou de l'établissement hospitalier et effectuée par le laboratoire hospitalier de cet hôpital ou établissement est considérée comme prestation du secteur hospitalier au sens de l'article 74, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale.

(4) Lorsque, pour des raisons techniques, d'équipement ou de qualification un laboratoire hospitalier ne peut pas effectuer des analyses, il peut déléguer la phase analytique ou post-analytique d'analyses de biologie médicale relevant du secteur hospitalier, conformément aux dispositions de la loi modifiée du 16 juillet 1984 précitée, à un autre laboratoire d'analyses de biologie médicale hospitalier. Lorsque ces phases ne peuvent pas être assurées en milieu hospitalier, elles peuvent être déléguées vers un laboratoire d'analyses biologiques relevant du secteur extrahospitalier.

Art. 37.

(1) Pour les hôpitaux un dossier patient individuel du patient hospitalier retrace, de façon chronologique et fidèle, l'état de santé du patient et son évolution au cours de la prise en charge. Il comporte les volets médical, de soins et administratif et renseigne toute information pertinente pour la sécurité et l'évolution de l'état de santé du patient. Le contenu minimal du dossier individuel du patient hospitalier et du résumé clinique de sortie est déterminé par règlement grand-ducal, l'avis de la Commission nationale pour la protection des données ayant été demandé. Ce règlement grand-ducal peut aussi fixer le format, les standards et les normes à utiliser aux fins d'assurer l'interopérabilité du dossier individuel du patient hospitalier et l'établissement du résumé clinique de sortie et de ses éléments, de faciliter la tenue de bases de données communes standardisées, de tableaux de bord, et de permettre à l'aide de techniques d'anonymisation la conservation et l'extraction des données relatives au fonctionnement, à la performance et à la gestion du système de santé ainsi qu'à des fins statistiques, de recherche et d'amélioration continue.

(2) Sans préjudice des dispositions particulières de la présente loi et de ses règlements d'exécution, les dispositions de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient s'appliquent au dossier individuel du patient hospitalier.

(3) A la sortie de l'établissement hospitalier, il est établi un résumé clinique par le ou les médecin(s) traitant(s). Si la codification d'éléments du dossier patient aux fins de leur utilisation secondaire ultérieure légitime est déléguée à un tiers encodeur disposant des qualifications nécessaires, les informations pertinentes lui sont transmises par les intervenants de façon à ce que la codification puisse être faite fidèlement et sans délai.

(4) Le directeur général de l'établissement hospitalier veille à l'observation des prescriptions prévues par le présent article. Il prend les mesures organisationnelles requises pour prévenir tout accès illicite au dossier et assurer le respect des droits du patient à l'égard de son dossier conformément à la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient.

Art. 38.

(1) Tout hôpital procède à l'analyse quantitative et qualitative de son activité. Cette analyse repose sur les données administratives, médicales et de soins, produites pour chaque séjour en hospitalisation stationnaire ou de jour.
(2) Ces données concernent en particulier : 1. les diagnostics des affections ayant motivé l'hospitalisation, y compris les diagnostics des affections ayant eu une influence sur la prise en charge hospitalière ; 2. les interventions, les examens médicaux et les prestations des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge ; 3. les prescriptions ; 4. le service et, le cas échéant, l'unité de soins où le patient a été pris en charge et où ces prestations ont été dispensées ; 5. les dates et horaires de l'admission, de la sortie et des prestations médicales dispensées tout au long du séjour ; 6. le mode d'entrée, la provenance, le mode de sortie et la destination du patient.
(3) La production de ces informations repose sur les éléments du dossier individuel du patient hospitalier et sur le résumé clinique de sortie, établi pour tout patient pris en charge dans un service d'hospitalisation stationnaire ou d'hospitalisation de jour. Les médecins agréés ou salariés ainsi que les professionnels de santé des établissements hospitaliers transmettent ce dossier au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement hospitalier. Les médecins agréés ou salariés des établissements hospitaliers encodent les actes ainsi que les examens prestés par eux et les diagnostics qu'ils établissent selon la méthodologie retenue. Ils rapportent de même les codes de facturation de leurs honoraires médicaux relatifs à ces actes et examens.
(4) Afin de mettre l'établissement hospitalier en mesure de produire ces informations, de constituer des bases de données nécessaires aux fins de l'analyse de son activité, de réponse aux exigences de l'article 3, un service d'information médicale est créé dans tout établissement hospitalier visé à l'article 1er, paragraphe 3, points 1. à 3.. Ce service procède à la collecte ainsi qu'au traitement des données administratives, médicales et de soins nécessaires à la documentation des séjours stationnaires et de jour. (5) Les diagnostics et les interventions et examens médicaux sont codés suivant les classifications ICD-10-CM et ICD-10-PCS mises à disposition par le ministre, dans le respect des consignes de bonnes pratiques de codage établies par la commission consultative de la documentation hospitalière.
(6) Le service de documentation médicale est dirigé par un médecin responsable de la documentation médicale, qui est nommé par l'organisme gestionnaire. Ce médecin est engagé sous le statut de salarié et fait partie du département médical. Il peut déléguer les activités de codage à des tiers encodeurs au sein de son service. Dans le respect du secret médical et des droits des patients, le service de documentation médicale a pour mission : 1. la collecte des données administratives, médicales et de soins relatives à l'ensemble des séjours hospitaliers stationnaires et ambulatoires ; 2. le traitement de ces données et la production de tableaux de bord en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins ; 3. l'assurance de la qualité des données produites ; 4. la transmission d'informations structurées relatives à ces séjours hospitaliers vers les administrations de la santé et de la sécurité sociale, selon des formats et des modalités à fixer par règlement grand-ducal ; 5. la conservation des données produites pendant une durée de 10 ans. Un règlement grand-ducal fixe les normes ayant trait à l'organisation générale, la dotation en personnel et les procédures de documentation que le service de documentation médicale doit respecter.
(7) Il est institué, sous l'autorité du ministre et du ministre de la Sécurité sociale, une Commission consultative de la documentation hospitalière qui a pour mission d'assurer au niveau national le suivi du système de documentation médicale hospitalière et d'élaborer des bonnes pratiques de codage. La commission peut de sa propre initiative, proposer aux ministres tous voies et moyens d'ordre financier ou administratif portant amélioration du système. La commission peut être demandée en son avis par le ministre ou le ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions sur toute question relevant de la documentation médicale hospitalière. La commission se compose : 1. d'un représentant du ministre ; 2. d'un représentant du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale ; 3. d'un

représentant de la Direction de la Santé ; 4. d'un représentant de la Caisse nationale de santé ; 5. d'un représentant du groupement le plus représentatif des hôpitaux luxembourgeois ; 6. d'un représentant de l'association la plus représentative des médecins et médecins-dentistes ; 7. d'un représentant du Conseil supérieur de certaines professions de santé. Il y a autant de membres suppléants qu'il y a de membres effectifs. La présidence de la commission est assurée par le représentant de la Direction de la santé, la vice-présidence par le représentant du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. Elle peut constituer des sous-groupes de travail en y incluant des experts. Un règlement grand-ducal détermine le fonctionnement de la commission et des sous-groupes de travail, les procédures à suivre et l'indemnisation des membres qui n'ont pas le statut d'agent de l'État y compris celle des experts et du secrétaire administratif. Les frais de fonctionnement et les indemnités des membres de la commission et des sous-groupes de travail sont à charge du budget de l'État.

Art. 39.

(1) Chaque patient reçoit, lors de son admission dans un établissement hospitalier, une information par écrit sur ses droits et ses devoirs, ainsi que sur les conditions générales de son séjour. (2) Cette information porte en outre sur les mécanismes de traitement d'une éventuelle plainte et les possibilités de résolution de celle-ci par la voie de la médiation. Elle inclut les modalités pratiques de saisine du service national d'information et de médiation santé.

Art. 40.

(1) Dans chaque établissement hospitalier, l'organisme gestionnaire met en place un mécanisme de traitement et de ventilation des suggestions, doléances et plaintes lui adressées.

(2) Le gestionnaire des plaintes peut être saisi par le patient, ou la personne qui le représente dans l'exercice des droits du patient conformément aux articles 12 à 14 de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, ainsi que, après le décès du patient, par l'une des personnes disposant conformément à l'article 19 de la prédite loi d'un droit d'accès au dossier et aux données relatives à la santé du défunt. La saisine peut se faire par une réclamation écrite ou moyennant une déclaration orale faite dans une des langues prévues à l'article 3 de la loi du 24 février 1984 sur le régime des langues.

(3) Sur mandat écrit du patient ou de la personne qui le représente, le directeur général de l'établissement hospitalier, le gestionnaire des plaintes et tout autre collaborateur délégué à cet effet par le directeur général est en droit de requérir et d'obtenir communication de tous les éléments pertinents en rapport avec le traitement du dossier dont il a été saisi, notamment les éléments médicaux, soignants ou administratifs du dossier patient. Il peut prendre tous les renseignements utiles auprès des organismes de sécurité sociale ou d'autres administrations.

Art. 41.

(1) Le directeur de la Santé instruit toute plainte faisant état d'un manquement général ou du fonctionnement défectueux d'un service hospitalier.

(2) La plainte peut émaner d'un patient, d'une association ayant la défense des intérêts du patient dans ses missions ou d'un prestataire de soins de santé. La plainte peut par ailleurs émaner d'une personne représentant valablement le patient conformément aux dispositions de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient. Après le décès du patient elle peut émaner des personnes disposant, conformément à l'article 19 de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, d'un droit d'accès au dossier et aux données relatives à la santé du défunt.

(3) Dans l'exercice de sa mission d'instruction, le directeur de la Santé ou le fonctionnaire de sa direction délégué par lui à cet effet a notamment accès aux dossiers individuels du patient hospitalier dont question à l'article 37.

(4) Le directeur de la Santé informe le plaignant, le directeur général de l'établissement et le ministre du résultat de son instruction. Art. 42. Dans chaque hôpital, le règlement d'ordre intérieur contient les dispositions nécessaires pour garantir la sécurité des patients et des visiteurs. Il précise notamment

les heures et modalités de visite auprès des patients. Art. 43. L'identité et la qualification des prestataires de soins et de services hospitaliers doivent être facilement connaissables à tout moment par les patients avec lesquels ceux-ci sont en contact.

Art. 44.

(1) Un recours est ouvert auprès du tribunal administratif contre toute décision de refus ou de fermeture définitive prise en vertu de la présente loi ainsi que contre la décision de mise en demeure dont question à l'article 12. (2) Le recours doit être introduit, sous peine de forclusion, dans le délai de trois mois à partir de la notification de la décision. Le tribunal administratif statue comme juge du fond.

Art. 45.

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

(2) Est punie d'une amende de 5.000 à 100.000 euros, la personne physique ou morale qui contreviendra au dernier paragraphe de l'article 1er.

(3) Sont punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de 251 à 5.000 euros ou d'une de ces peines seulement : 1. toute personne qui, responsable d'organiser le service d'urgences d'un hôpital ou chargée de participer à cette organisation, refuse ou omet de prendre ou faire prendre tout ou partie des mesures ou dispositions nécessaires pour assurer le fonctionnement normal de ces services ; 2. toute personne qui, tenue ou chargée de participer au service d'urgences d'un hôpital ou d'un service de garde, refuse ou omet d'assurer ce service ou de remplir sans retard tout ou partie des devoirs que l'exécution normale exige. En cas de récidive dans le délai de deux ans après une condamnation définitive à une peine d'emprisonnement du chef d'une infraction au présent article, les peines prévues peuvent être portées au double du maximum. (Loi du 29 juillet 2023)

« (4) Est puni d'une amende de 5.000 à 100.000 euros, la personne physique ou morale qui utilise, exploite ou met à la disposition en vue d'une prise en charge médicale soit un appareil ou équipement visés à l'article 14, paragraphe 1er, soit une unité fonctionnelle d'hospitalisation ou médico-technique prenant en charge des patients aux termes de la présente loi sans pouvoir se prévaloir d'une autorisation d'exploitation visée à l'article 7, paragraphe 1er. Ne sont pas visés par l'alinéa 1er, les laboratoires d'analyses médicales au sens de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales. »

Art. 46.

L'article 60, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale est modifié comme suit : «Sont considérées comme prestations du secteur hospitalier toutes les prestations en nature dispensées à des assurés traités dans un hôpital, un établissement hospitalier spécialisé, un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie ou un centre de diagnostic au sens de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.»

Art. 47.

L'article 60bis, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale est modifié comme suit : «Les dispositions organisant la documentation des diagnostics, des prescriptions et des prestations effectuées relevant du secteur extrahospitalier peuvent être fixées par règlement grand-ducal.»

Art. 48.

L'alinéa 2 de l'article 74 du Code de la sécurité sociale est modifié comme suit : «Les éléments de l'enveloppe sont établis sur base de l'évolution démographique de la population résidente, de la morbidité, des pratiques d'une médecine basée sur des preuves scientifiques et en tenant compte de la croissance économique du pays. L'enveloppe budgétaire globale et les budgets spécifiques des hôpitaux tiennent compte des dispositions de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, des autorisations d'exploitation et des autorisations de

services des établissements hospitaliers, des spécificités des services spécialisés et nationaux et des réseaux de compétences, ainsi que des obligations découlant de la participation au service médical d'urgence.»

Art. 49.

La loi modifiée du 21 novembre 1980 portant organisation de la Direction de la santé est modifiée comme suit :

1° À l'article 1er, deuxième alinéa, à la fin du point 9, il est rajouté un nouveau point 10, libellé comme suit : «10) assurer une protection de la santé publique au niveau des denrées alimentaires.»

2° L'article 2 est modifié comme suit : Au paragraphe 2, deuxième alinéa, la deuxième phrase prend la rédaction suivante : «Si le directeur est empêché d'exercer ses fonctions, il est remplacé par un directeur adjoint.»

3° L'article 4, deuxième alinéa, est modifié comme suit : 1. au point 4, à la première phrase, les termes « et des dispositifs médicaux » sont supprimés ; 2. au point 5, à la fin de la deuxième phrase, les termes « organismes génétiquement modifiés » sont remplacés par les termes « dispositifs médicaux » ; 3. à la fin du point 9, est rajoutée la phrase suivante : «Sa compétence s'étend également aux organismes génétiquement modifiés.»

4° À l'article 6, au paragraphe 1er, point 1, les termes « organismes génétiquement modifiés » sont remplacés par les termes « dispositifs médicaux » . 5° L'article 16 est modifié comme suit : 1. au paragraphe 1er, le deuxième alinéa est supprimé ; 2. l'alinéa 1er du paragraphe 2 est remplacé par la disposition suivante : «Les candidats au poste de directeur, de directeur adjoint médical et technique ou à un poste de médecin ou de médecin-dentiste à la Direction de la santé doivent être autorisés à exercer la profession de médecin ou de médecindentiste au Luxembourg suivant les dispositions légales en vigueur au moment où il est pourvu à la vacance de poste.»

Art. 50.

La loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales est modifiée comme suit :

1. À l'article 1er, le paragraphe 3 est complété in fine par la phrase suivante : «Les examens relevant de l'anatomopathologie et de la génétique humaine sont effectués exclusivement dans le centre de diagnostic visé à l'article 2, paragraphe 4 de la loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public « Laboratoire national de santé.»

2. À l'article 2, le paragraphe 1er est modifié comme suit : «(1) Un laboratoire d'analyses de biologie médicale peut être exploité soit à titre personnel par une ou plusieurs personnes physiques, soit par une personne morale de droit privé ou public. Ne peuvent, directement ou indirectement, s'associer au sein d'une personne morale exploitant un laboratoire de biologie médicale ou en détenir de façon directe ou indirecte une fraction du capital social, mettre à disposition ou partager avec un laboratoire de biologie médicale des locaux : - un médecin, médecin-dentiste, ainsi que tout autre professionnel de santé autorisé à prescrire des examens de biologie médicale, à l'exception du ou des responsable(s) de laboratoire dont question à l'article 4 ; - un établissement hospitalier, sans préjudice de la faculté de s'associer dans une structure commune conformément à l'article 36 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ; - les personnes associées au sein de l'organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier, ainsi que toute autre personne qui détient directement ou indirectement une fraction du capital social de l'organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier.»

Art. 51.

L'article 4, paragraphe 1er, de la loi du 19 décembre 2003 portant création de l'établissement public « Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation » est modifié comme suit : «(1) Les fonctions d'organisme gestionnaire sont assurées par un conseil d'administration composé de onze membres effectifs et de onze membres suppléants, nommés et révoqués par le Grand-Duc, sur

proposition du ministre ayant la Santé dans ses attributions, dont : - cinq membres proposés par le Conseil de Gouvernement, dont deux pour représenter plus particulièrement les intérêts des usagers ; - quatre membres représentant chacun un des centres hospitaliers proposés par l'organisme gestionnaire de l'hôpital respectif ; - un membre proposé par le Conseil médical de l'établissement ; - un membre représentant le personnel non-médecin, proposé par les délégations du personnel.»

Art. 52.

L'article 2 de la loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public « Laboratoire national de santé » est complété par un paragraphe 4 qui prend la teneur suivante : «(4) L'établissement gère le centre de diagnostic dans les domaines : 1. de la génétique humaine, constitutionnelle et somatique, y compris l'interprétation de ces examens et le conseil génétique ; 2. de l'anatomie pathologique assurant au niveau national les examens cytologiques et histologiques visés à l'article 6 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.»

Art. 53.

À l'article 15, paragraphe 1er de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, la dernière phrase est remplacée par « Ce règlement grand-ducal peut aussi fixer le format, les standards et les normes à utiliser aux fins d'assurer l'interopérabilité du dossier individuel du patient hospitalier et l'établissement du résumé clinique de sortie et de ses éléments, de faciliter la tenue de bases de données communes standardisées, de tableaux de bord, et de permettre à l'aide de techniques d'anonymisation la conservation et l'extraction des données relatives au fonctionnement, à la performance et à la gestion du système de santé ainsi qu'à des fins statistiques, de recherche et d'amélioration continue.»

Art. 54.

La loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État est modifiée comme suit : 1. à l'article 12, paragraphe 1er, alinéa 7, à la fin du point 10., les termes « le commissaire du Gouvernement aux hôpitaux » sont intercalés entre les termes « de commissaire du Gouvernement chargé de l'instruction disciplinaire » et ceux de « classées au grade 17 » ; 2. à l'annexe A, au tableau « Classification des fonctions », dans la rubrique « Sous-groupe à attributions particulières » de la catégorie A, sous-groupe de traitement A1, la fonction de « commissaire du Gouvernement aux hôpitaux » est classée dans la colonne de droite correspondant au grade 17.

Art. 55.

Dans tous les textes législatifs et réglementaires les termes « centre de compétences » sont remplacés par « réseaux de compétences » .

Art. 56.

L'article 29, paragraphe 2 ne s'applique pas aux directeurs généraux des hôpitaux actuellement en fonction.

Art. 57.

Au plus tard 4 mois après l'entrée en vigueur de la présente loi, doivent être soumis pour autorisation au ministre 1. les projets d'établissement des établissements hospitaliers tels que prévus à l'article 7 ; 2. les projets de services visés à l'article 9 des services hospitaliers que les établissements sont tenus ou souhaitent exploiter conformément aux articles 4 et 5 ; 3. les demandes d'autorisation, d'acquisition ou d'utilisation : a) d'un équipement ou d'un appareil médical nécessitant une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières tel que déterminé à l'annexe 3 ; b) d'un équipement ou d'un appareil médical dont le coût dépasse 250.000 euros.

Art. 58.

La loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers et la loi du 27 février 1986 concernant l'aide médicale urgente sont abrogées.

Art. 59.
La référence à la présente loi se fait sous la forme suivante : « Loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ».

Art. 60.
La présente loi entre en vigueur le premier jour du mois suivant celui de sa publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

Fiche financière

Le projet de loi vise à modifier la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, ci-après « *loi hospitalière* », afin d'adapter notamment la capacité hospitalière aux besoins sanitaires actuels et futurs.

Une évaluation prospective jusqu'en 2040 des besoins sanitaires de la population résidente et de la population non-résidente protégée, a conduit à une révision des nombres minimaux et maximaux de lits autorisables pour les différents services hospitaliers de soins aigus, de moyen séjour et d'hospitalisation de longue durée tels que définis à l'annexe 2.

Cette révision s'inscrit dans une logique de planification à long terme : les lits ainsi prévus dans le présent projet de loi ne sont pas immédiatement disponibles, mais feront l'objet d'une mise à disposition progressive à l'horizon 2040, en fonction de l'évolution des besoins.

Le projet de loi prévoit donc une adaptation du nombre maximal de lits pouvant être autorisés au niveau national prévu à l'annexe 1 pour les lits aigus, de moyen séjour et d'hospitalisation de longue durée. Le nombre de lits supplémentaires maximums pouvant être autorisés s'élève à 598, à savoir +395 lits aigus dont 200 lits de réserve sanitaire, + 130 lits de moyen séjour et +73 lits d'hospitalisation de longue durée. Il convient de noter que ces lits pourront être autorisés dans le cadre de projets hospitaliers de construction en cours de planification ou de réalisation. Ces projets s'intègrent dans la stratégie globale d'adaptation des capacités hospitalières aux besoins futurs de la population.

Ce nombre de lits supplémentaires incluent également 50 lits de réserve sanitaire, tels que définis au point 10 du paragraphe 1 de l'article 2 de la loi hospitalière pour chacun des quatre centres hospitaliers (CHEM, CHL, CHdN et HRS). Ces lits de réserve sanitaire sont à activer selon la procédure prévue au paragraphe 8 de l'article 4 afin de réponde à des besoins sanitaires dans des situations exceptionnelles. Ces lits de réserve sanitaire constituent également une réserve capacitaire pouvant aussi être autorisés dans le cadre de la procédure d'autorisation d'exploitation d'un établissement hospitalier ou d'un service hospitalier visé à l'article 11 ou dans le cadre de la procédure de prorogation d'autorisation d'un service hospitalier visée à l'article 9 selon l'évolution des besoins sanitaires.

La présente fiche financière est réalisée sous l'hypothèse que le financement de la construction et de l'exploitation des lits supplémentaires ainsi identifiés serait équivalent alors qu'en réalité les lits de moyen et long séjour généreront des coûts moins élevés. Pour estimer l'impact financier lié à ces lits, la méthode de valorisation des coûts suivante a été retenue :

Frais de construction de l'infrastructure :

- Elle s'appuie sur la méthode KFA (utilisée pour la valorisation de surfaces stationnaires dans le cadre de projets d'infrastructures hospitalières à planifier) en tenant compte d'une mixité de types de surfaces à réaliser.
- Le coût au m² est calculé selon le barème KFA par type de surface fonctionnelle, en intégrant l'indice des coûts de construction fixé à 1149,68 (octobre 2024).
- Il est à noter que ce coût est calculé dans l'hypothèse de l'ajout de capacité stationnaire dans des infrastructures existantes.

Estimation du coût de construction :

- 599 995 EUR TTC par lit

Actuellement la répartition du financement :

- 80 % à charge de l'État
- 20 % à charge de la Caisse nationale de santé (CNS)

Types de surfaces	m2	Nombre	Total m2	KFA	Prix unitaire	Prix total
Lit standard (intermediate care)	18.00	1	18		€ 15 000	*€ 270 000*
Douche	4.00	1	4	KFA6	€ 9 400	*€ 37 600*
Locaux annexes (surfaces multifonctionnelles, logistiques et sanitaires)			22.00	KFA4	€ 5 280	*€ 116 160*
Surface utile nette (SUF) totale			*44.00*			
Surface brute de plancher (SBP) totale			*92.40*			
Surface technique (en % de la SBP)		8%	7.39	KFA10	€ 3 570	*€ 26 389*
Surface de circulation (en % de la SBP)		35%	32.34	KFA11	€ 2 402	*€ 77 681*
Surface de construction (en % de la SBP)		10%	9.24		€ 2 950	*€ 27 258*
Volume brut (en m3)			249.48		€ 180	*€ 44 906*
					TOTAL	*€ 599 995*

Selon les projections des besoins sanitaires réalisées jusqu'en 2040, il en résulte que le total des lits hospitaliers à l'annexe 1 passe de 3 147 à 3 745 lits, donc une augmentation de 598 lits autorisables. Le coût total de construction pour ces lits pouvant être générés dans le cadre de projets de construction s'élève à 358 797 010 EUR TTC dont 80% à charge de l'Etat.

Frais d'exploitation des lits :

Coût annuel moyen d'exploitation opposable à la CNS par lit (frais fixes, y inclus les frais d'amortissement de l'investissement 20%) :

- 179 444 EUR par lit (moyenne calculée sur 2021, 2022 et 2023) (sans distinction de type de lits)

Ce projet de loi s'inscrit dans une démarche de planification hospitalière anticipative et durable, visant à assurer une adéquation de l'offre hospitalière aux besoins projetés de la population jusqu'en 2040. En raison de la réalisation progressive de ces infrastructures dans les années futures, ce projet de loi n'entraîne pas de dépenses immédiates à prendre en charge par l'Etat ou la CNS, mais établit un cadre juridique et financier pour leur développement progressif.

Les lits de réserve sanitaire constituent une flexibilité d'évolution du nombre de lits pouvant être autorisés et adressés tant pour le besoin de réserve de lits en cas de situation de crise que pour la contribution à l'effort de défense du Luxembourg, conformément aux obligations découlant de sa participation au Traité de l'Atlantique Nord (OTAN) et aux accords transatlantiques

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

CHECK DE DURABILITÉ - NOHALTEGKEETSCHECK

La présente page interactive nécessite au minimum la version 8.1.3 d'Adobe Acrobat® Reader®. La dernière version d'Adobe Acrobat Reader pour tous systèmes (Windows®, Mac, etc.) est téléchargeable gratuitement sur le site de Adobe Systems Incorporated.

Ministre responsable :	Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale
Projet de loi ou amendement :	Projet de loi portant modification la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Le check de durabilité est un outil d'évaluation des actes législatifs par rapport à leur impact sur le developpement durable. Son objectif est de donner l'occasion d'introduire des aspects relatifs au développement durable à un stade préparatoire des projets de loi. Tout en faisant avancer ce thème transversal qu'est le developpement durable, il permet aussi d'assurer une plus grande cohérence politique et une meilleure qualité des textes législatifs.

1. Est-ce que le projet de loi sous rubrique a un impact sur le champ d'action (1-10) du 3ième Plan national pour un développement durable (PNDD) ?
2. En cas de réponse négative, expliquez-en succinctement les raisons.
3. En cas de réponse positive sous 1., quels seront les effets positifs et/ou négatifs éventuels de cet impact ?
4. Quelles catégories de personnes seront touchées par cet impact ?
5. Quelles mesures sont envisagées afin de pouvoir atténuer les effets négatifs et comment pourront être renforcés les aspects positifs de cet impact ?

Afin de faciliter cet exercice, l'instrument du contrôle de la durabilité est accompagné par des points d'orientation – **auxquels il n'est pas besoin de réagir ou répondre mais qui servent uniquement d'orientation** , ainsi que par une documentation sur les dix champs d'actions précités.

1. Assurer une inclusion sociale et une éducation pour tous.

Points d'orientation Documentation ☐ Oui ☒ Non

Le présent projet de loi n'aura aucun impact sur l'inclusion sociale et l'éducation pour tous.

2. Assurer les conditions d'une population en bonne santé.

Points d'orientation Documentation ☒ Oui ☐ Non

Le projet de loi vise à adapter notamment la capacité hospitalière aux besoins sanitaires actuels et futurs. Un accent particulier est mis sur les besoins de réhabilitation en psychiatrie, avec une augmentation notable du nombre de lits au Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP) afin de répondre à une demande croissante ne pouvant être satisfaite actuellement. En outre, le projet de loi prévoit la création progressive de lits de réserve sanitaire dans la capacité hospitalière, type de lits intégrés dans la loi hospitalière en réponse à la pandémie de COVID-19. Ces lits, destinés à faire face à des situations exceptionnelles (catastrophes, pandémies, crises internationales), pourront désormais être activés en dehors de ces contextes si les besoins en capacité de lits autorisés des services hospitaliers l'exigent. De plus, le choix est fait d'ajouter un renvoi aux situations de crise internationale grave au sens de la loi modifiée du 8 décembre 1981 sur les réquisitions en cas de conflit armé. La terminologie relative à l'obésité est également adaptée dans la loi hospitalière. L'expression « obésité

3. Promouvoir une consommation et une production durables. Points d'orientation Documentation ☐ Oui ☒ Non

Le présent projet de loi n'aura aucun impact sur la consommation et la production.

4. Diversifier et assurer une économie inclusive et porteuse d'avenir. Points d'orientation Documentation ☐ Oui ☒ Non

Le présent projet de loi n'aura aucun impact sur l'économie.

5. Planifier et coordonner l'utilisation du territoire. Points d'orientation Documentation ☐ Oui ☒ Non

Le présent projet de loi n'aura aucun impact sur l'utilisation du territoire.

6. Assurer une mobilité durable. Points d'orientation Documentation ☐ Oui ☒ Non

Le présent projet de loi n'aura aucun impact sur la mobilité.

7. Arrêter la dégradation de notre environnement et respecter les capacités des ressources naturelles. Points d'orientation Documentation ☐ Oui ☒ Non

Le présent projet de loi n'aura aucun impact sur l'environnement et les ressources naturelles.

8. Protéger le climat, s'adapter au changement climatique et assurer une énergie durable Points d'orientation Documentation ☐ Oui ☒ Non

Le présent projet de loi n'aura aucun impact sur le climat.

9. Contribuer, sur le plan global, à l'éradication de la pauvreté et à la cohérence des politiques pour le développement durable. Points d'orientation Documentation ☐ Oui ☒ Non

Le présent projet de loi ne contribue pas à l'éradication de la pauvreté et à la cohérence des politiques pour le développement durable.

10. Garantir des finances durables. Points d'orientation Documentation ☐ Oui ☒ Non

Le présent projet de loi n'aura aucun impact sur les finances durables.

Cette partie du formulaire est facultative - Veuillez cocher la case correspondante

En outre, et dans une optique d'enrichir davantage l'analyse apportée par le contrôle de la durabilité, il est proposé de recourir, de manière facultative, à une évaluation de l'impact des mesures sur base d'indicateurs retenus dans le PNDD. Ces indicateurs sont suivis par le STATEC.

Continuer avec l'évaluation ? ☐ Oui ☒ Non

(1) Dans le tableau, choisissez l'évaluation : **non applicable**, ou de 1 = **pas du tout probable** à 5 = **très possible**

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

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

La présente page interactive nécessite au minimum la version 8.1.3 d'Adobe Acrobat® Reader®. La dernière version d'Adobe Acrobat Reader pour tous systèmes (Windows®, Mac, etc.) est téléchargeable gratuitement sur le site de Adobe Systems Incorporated.

1. Coordonnées du projet

Intitulé du projet :	Projet de loi portant modification la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière		
Ministre:	La Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale		
Auteur(s) :	Delphine Stoffel, Michèle Marques		
Téléphone :	247-85667 ; 247-55534	Courriel :	Delphine.Stoffel@mss.etat.lu ; Michèle.Marques@mss
Objectif(s) du projet :	Modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière		
Autre(s) Ministère(s) / Organisme(s) / Commune (s) impliqué(e)(s)	N.A.		
Date :	4 juin 2025		

2. Objectifs à valeur constitutionnelle

Le projet contribue-t-il à la réalisation des objectifs à valeur constitutionnelle ? ☐ Oui ☒ Non

Dans l'affirmative, veuillez sélectionner les objectifs concernés et veuillez fournir une brève explication dans la case «Remarques» indiquant en quoi cet ou ces objectifs sont réalisés :

- ☐ Garantir le droit au travail et veiller à assurer l'exercice de ce droit
- ☐ Promouvoir le dialogue social
- ☐ Veiller à ce que toute personne puisse vivre dignement et dispose d'un logement approprié
- ☐ Garantir la protection de l'environnement humain et naturel en œuvrant à l'établissement d'un équilibre durable entre la conservation de la nature, en particulier sa capacité de renouvellement, ainsi que la sauvegarde de la biodiversité, et satisfaction des besoins des générations présentes et futures
- ☐ S'engager à lutter contre le dérèglement climatique et œuvrer en faveur de la neutralité climatique
- ☐ Protéger le bien-être des animaux
- ☐ Garantir l'accès à la culture et le droit à l'épanouissement culturel
- ☐ Promouvoir la protection du patrimoine culturel
- ☐ Promouvoir la liberté de la recherche scientifique dans le respect des valeurs d'une société démocratique fondée sur les droits fondamentaux et les libertés publiques

Remarques :

3. Mieux légiférer

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

Si oui, laquelle / lesquelles :

Remarques / Observations :

Destinataires du projet :

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

Le principe « Think small first » est-il respecté ? ☐ Oui ☐ Non ☒ N.a. [1]
(c.-à-d. des exemptions ou dérogations sont-elles prévues suivant la taille de l'entreprise et/ou son secteur d'activité ?)

Remarques / Observations :

[1] N.a. : non applicable.

Le projet est-il lisible et compréhensible pour le destinataire ? ☒ Oui ☐ Non

Existe-t-il un texte coordonné ou un guide pratique, mis à jour et publié d'une façon régulière ? ☒ Oui ☐ Non

Remarques / Observations :

Le projet a-t-il saisi l'opportunité pour supprimer ou simplifier des régimes d'autorisation et de déclaration existants, ou pour améliorer la qualité des procédures ? ☐ Oui ☒ Non

Remarques / Observations :

Le projet contient-il une charge administrative [2] pour le(s) destinataire(s) ? (un coût imposé pour satisfaire à une obligation d'information émanant du projet ?) ☐ Oui ☒ Non

Si oui, quel est le coût administratif [3] approximatif total ? (nombre de destinataires x coût administratif par

[2] Il s'agit d'obligations et de formalités administratives imposées aux entreprises et aux citoyens, liées à l'exécution, l'application ou la mise en œuvre d'une loi, d'un règlement grand-ducal, d'une application administrative, d'un règlement ministériel, d'une circulaire, d'une directive, d'un règlement UE ou d'un accord international prévoyant un droit, une interdiction ou une obligation.

[3] Coût auquel un destinataire est confronté lorsqu'il répond à une obligation d'information inscrite dans une loi ou un texte d'application de celle-ci (exemple : taxe, coût de salaire, perte de temps ou de congé, coût de déplacement physique, achat de matériel, etc.).

a) Le projet prend-il recours à un échange de données inter-administratif (national ou international) plutôt que de demander l'information au destinataire ? ☐ Oui ☐ Non ☒ N.a.

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

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

Si oui, de quelle(s) donnée(s) et/ou administration(s) s'agit-il ?	Prise de contact ad hoc avec les établissements hospitaliers pour comprendre les données de
Si oui, de quelle(s) donnée(s) et/ou administration(s) s'agit-il ?	Prise de contact ad hoc avec les établissements hospitaliers pour comprendre les données de la documentation hospitalière.

[4] Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE. (**www.cnpd.public.lu**)

Le projet prévoit-il :

- une autorisation tacite en cas de non réponse de l'administration ?	☐ Oui	☐ Non	☒ N.a.
- des délais de réponse à respecter par l'administration ?	☐ Oui	☐ Non	☒ N.a.
- le principe que l'administration ne pourra demander des informations supplémentaires qu'une seule fois ?	☐ Oui	☐ Non	☒ N.a.
Y a-t-il une possibilité de regroupement de formalités et/ou de procédures (p.ex. prévues le cas échéant par un autre texte) ?	☐ Oui	☐ Non	☒ N.a.

Si oui, laquelle :

En cas de transposition de directives communautaires, le principe « la directive, rien que la directive » est-il respecté ?	☐ Oui	☐ Non	☒ N.a.

Sinon, pourquoi ?

Le projet contribue-t-il en général à une :

a) simplification administrative, et/ou à une	☐ Oui	☒ Non
b) amélioration de la qualité réglementaire ?	☐ Oui	☒ Non

Remarques / Observations :

Des heures d'ouverture de guichet, favorables et adaptées aux besoins du/des destinataire(s), seront-elles introduites ?	☐ Oui	☐ Non	☒ N.a.
Y a-t-il une nécessité d'adapter un système informatique auprès de l'Etat (e-Government ou application back-office)	☐ Oui	☒ Non	

Si oui, quel est le délai pour disposer du nouveau système ?

Y a-t-il un besoin en formation du personnel de l'administration concernée ?	☐ Oui	☐ Non	☒ N.a.

Si oui, lequel ?

Remarques / Observations :

4. Egalité des chances

Le projet est-il :

- principalement centré sur l'égalité des femmes et des hommes ?	☐ Oui	☒ Non
- positif en matière d'égalité des femmes et des hommes ?	☒ Oui	☐ Non

Si oui, expliquez de quelle manière :

- neutre en matière d'égalité des femmes et des hommes ? ☒ Oui ☐ Non

Si oui, expliquez pourquoi : Aucune inégalité entre femmes ou hommes dans le cadre des modifications apportées.

- négatif en matière d'égalité des femmes et des hommes ? ☐ Oui ☒ Non

Si oui, expliquez de quelle manière :

Y a-t-il un impact financier différent sur les femmes et les hommes ? ☐ Oui ☐ Non ☒ N.a.

Si oui, expliquez de quelle manière :

5. Projets nécessitant une notification auprès de la Commission européenne

Directive « services » : Le projet introduit-il une exigence en matière d'établissement ou de prestation de services transfrontalière ? ☐ Oui ☐ Non ☒ N.a.

Si oui, veuillez contacter le Ministère de l'Economie en suivant les démarches suivantes :

https://meco.gouvernement.lu/fr/le-ministere/domaines-activite/services-marche-interieur/notifications-directive-services.html

Directive « règles techniques » : Le projet introduit-il une exigence ou règlementation technique par rapport à un produit ou à un service de la société de l'information (domaine de la technologie et de l'information)? ☐ Oui ☐ Non ☒ N.a.

Si oui, veuillez contacter l'ILNAS en suivant les démarches suivantes :

https://portail-qualite.public.lu/content/dam/qualite/publications/normalisation/2017/ilnas-notification-infoflyer-web.pdf

20250710_Corrigendum

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Le Premier ministre

Le Premier ministre,

Vu les articles 76 et 95, alinéa 1er, de la Constitution ;

Vu l'article 10 du Règlement interne du Gouvernement ;

Vu l'article 58, paragraphe 1er, du Règlement de la Chambre des Députés ;

Vu l'article 1er, paragraphe 1er, de la loi modifiée du 16 juin 2017 sur l'organisation du Conseil d'État ;

Considérant la décision du Gouvernement en conseil du 27 juin 2025 approuvant sur proposition de la Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale le projet de loi ci-après ;

Arrête :

Art. 1er. *La Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale est autorisée à déposer au nom du Gouvernement à la Chambre des Députés le projet de loi portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière et à demander l'avis y relatif au Conseil d'État.*

Art. 2. *La Ministre déléguée auprès du Premier ministre, chargée des Relations avec le Parlement est chargée, pour le compte du Premier ministre et de la Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, de l'exécution du présent arrêté.*

Luxembourg, le 8 juillet 2025

Le Premier ministre

Luc Frieden

La Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale

Martine Deprez

Exposé des motifs

Le présent projet de loi prévoit un certain nombre de modifications de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, ci-après « *loi hospitalière* », ainsi que de ses annexes.

1. Adaptation du nombre maximal de lits d'hospitalisation

Dans le cadre de la procédure de prorogation des autorisations d'exploitation des services des établissements hospitaliers pour 2024-2025, telle que prévue à l'article 9 et à l'article 11 de la loi hospitalière, l'attribution de lits requis à certains services hospitaliers n'a pas pu être faite étant donné que le nombre de lits autorisable tel qu'établi dans l'annexe 2 de la loi hospitalière était déjà atteint.

Il a été retenu de procéder à une mise à jour de l'évaluation des besoins et le présent projet de loi prévoit ainsi d'adapter le nombre maximal de lits autorisés, afin de tenir compte de l'évolution de l'activité sur le terrain dans les différents services. Cette adaptation servira de base pour la prorogation des autorisations d'exploitation à compter du 1er janvier 2026.

Cette évaluation des besoins sanitaires est prévue à l'article 3 de la loi hospitalière qui précise au paragraphe 1er comme suit : « *le ministre procède à une évaluation des besoins sanitaires de la population protégée sur base des données établies par la carte sanitaire, d'une évaluation démographique de la population résidente, de données relatives à l'état de santé de cette population ainsi que d'une comparaison internationale*. »

La présente évaluation des besoins sanitaires a été réalisée à la lumière de l'évolution démographique et de la situation hospitalière au Luxembourg et des régions limitrophes, ainsi qu'au progrès médical et au développement de formes alternatives de prise en charge, telle que par exemple la prise en charge de patients en milieu extrahospitalier.

De là, la présente modification législative vise à tenir compte des besoins sanitaires futurs au Luxembourg d'ici l'année 2040, en se fondant sur une analyse prospective réalisée par la Direction de la santé, conformément à ses attributions définies au paragraphe 4 de l'article 4 de la loi modifiée du 21 novembre 1980 portant organisation de la « Direction de la santé ».

L'analyse réalisée par la Direction de la santé se base entre autres, comme indiqué au paragraphe 1er de l'article 2 de la loi hospitalière, sur les données de la carte sanitaire 2023 réalisée par l'Observatoire national de la santé (ObSanté), et plus particulièrement sur les indicateurs tels que la durée moyenne de séjour (DMS) et le taux d'hospitalisation, offrant une vision rétrospective de l'évolution des besoins sanitaires.

En complément aux données précitées et afin de constituer une base de projection réaliste des besoins sanitaires, la Direction de la santé a eu recours aux données de la documentation et classification des séjours hospitaliers (DCSH). En effet, d'après l'article 38 de la loi hospitalière, *« Tout hôpital procède à l'analyse quantitative et qualitative de son activité. Cette analyse repose sur les données administratives, médicales et de soins, produites pour chaque séjour en hospitalisation stationnaire ou de jour. »*

Cette base de données recueillies dans les établissements hospitalières aigus, prend en compte l'ensemble des séjours hospitaliers, qu'ils soient stationnaires ou en hospitalisation de jour, pour 2023 et cela pour tous les patients indépendamment du régime de sécurité sociale applicable. Le taux moyen de conformité de ces données disponibles pour l'année 2023 s'élève à 99,64% ; il était de 95,8 % pour 2022. Il en résulte que ces variables apparaissent de qualité suffisante pour répondre aux besoins d'analyses statistiques sur l'activité des hôpitaux. Ainsi, le codage précis de chaque séjour hospitalier permet une analyse plus approfondie et granulaire à partir de micro-données. Les diagnostics, les procédures ainsi que les modes d'entrée et de sortie y sont également répertoriés. L'analyse statistique réalisée reposant sur les données validées de la DCSH pour l'année 2023, assure la fiabilité et la pertinence des résultats obtenus.

Les projections des besoins sanitaires tiennent également compte d'un certain nombre de facteurs tels que l'évolution démographique de la population résidente et de la population non-résidente active au Luxembourg, du progrès médical, d'un recours renforcé à une prise en charge ambulatoire dans les prochaines années, ainsi que le développement de l'hospitalisation de jour et la mise en place de la surveillance et du développement de l'hospitalisation à domicile surtout pour les domaines de l'oncologie, des grossesses à risque et du suivi après une opération, tel que c'est prévu dans l'accord de coalition. Il en résulte un taux d'extrapolation, technique statistique utilisée pour estimer des valeurs au-delà de la plage de données observées, qui tient compte des facteurs d'influence tels que l'évolution démographique, la durée moyenne de séjour et le taux des prises en change ambulatoires, par service hospitalier reflétant l'effet net à prendre en compte dans les calculs du maximum de lits à retenir.[1]

Dans le cadre des projections réalisées, une analyse comparative a été réalisée avec la Belgique et la Suisse, en comparant l'activité hospitalière au Luxembourg 1) à l'activité justifiée par APRG-DRG (All Patient Refined Diagnosis Related Group) selon les principes belges et 2) à la liste suisse des actes devant être réalisés de préférence en ambulatoire.

Ainsi, sur base de l'analyse réalisée, le présent projet de loi a pour objet une modification des articles 5 et 6 de la loi hospitalière, ainsi que des annexes 1 et 2 de la même loi, afin d'adapter le nombre minimal et maximal de lits d'hospitalisation pouvant être autorisés.

[1] Par conséquent, l'utilisation réelle des lits en 2023, données issues de la DCSH et prises en compte par l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS) dans ses analyses, les estimations démographiques fournies par le STATEC et l'IGSS, les prises en charge ambulatoires et la DMS cible par « All Patient Refined Diagnosis Related Group Severity of Illness » (APR-DRG-SOI), ont permis de déterminer les projections de l'activité hospitalière et du nombre de lits à l'horizon 2040 sur lesquels reposent les propositions en besoins de lits au niveau national.

Il résulte, au niveau des lits aigus, une adaptation à la hausse du nombre maximal de lits pouvant être autorisés par la loi hospitalière dans son annexe 2 pour les services de chirurgie vasculaire, de chirurgie viscérale, de gynécologie, d'hémato-oncologie, de maladies infectieuses, de médecine interne générale, de néphrologie, de neurochirurgie, de neurologie, d'obstétrique, d'oncologie, de pédiatrie spécialisée, de pneumologie, de psychiatrie aiguë, de psychiatrie infantile, de soins intensifs et anesthésie, de pédiatrie spécialisée et de soins intensifs pédiatriques. Ensuite, pour les services de gastroentérologie, d'ophtalmologie spécialisée, d'ORL, de traumatologie et d'urologie, le nombre de lits maximal pouvant être autorisés est adapté à la baisse compte tenu notamment d'une tendance au développement des soins délivrés en ambulatoire dans ces spécialités.

Le nombre maximal de lits de moyen séjour pour les services de rééducation fonctionnelle, de réhabilitation psychiatrique et de soins palliatifs est également adapté à la hausse.

Pour les services d'hospitalisation de longue durée, le nombre maximal de lits pour le service psychiatrique est augmenté afin de répondre aux besoins sanitaires constatés.

Actuellement, les services de psychiatrie aiguë des centres hospitaliers déplorent des difficultés pour prendre en charge les patients en phase aiguë. En l'absence de structure de prise en charge psychiatrique de réhabilitation à long terme, les capacités des lits stationnaires au CHNP restent engorgées et ne permettent pas l'accès des patients à des soins de réhabilitation endéans des délais acceptables.

En tenant compte du constat en besoins des acteurs du terrain et des résultats de l'analyse réalisée, une augmentation des capacités en psychiatrie est nécessaire. De plus, selon le plan national de santé mentale 2024-2028 (PNSM), une personne sur deux est confrontée à des problèmes de santé mentale au cours de sa vie et une personne sur cinq en âge de travailler souffre d'une maladie mentale. Dans ce contexte, il y a lieu de mentionner la mise en place d'une unité de psychiatrie socio-judiciaire pour mineurs (20 lits), ainsi que d'une unité pour mineurs déclarés pénalement irresponsable et hautement dangereux dans la nouvelle clinique de réhabilitation (4 lits), et trois unités de 12 lits d'hospitalisation de patients dont la durée de séjour est supérieure à 5 ans et nécessitant encore des soins particuliers (36 lits), à tenir compte dans le cadre de l'évaluation des besoins en soins psychiatriques

De là, les deux services qui connaissent une augmentation significative du nombre maximal de lits d'hospitalisation pouvant être autorisés sont le service national de réhabilitation psychiatrique ainsi que le service national d'hospitalisation de longue durée psychiatrique du Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP) avec une augmentation prévue de 60 lits et 73 lits respectivement.

Finalement, il y a également lieu de modifier le nombre minimal de lits autorisés par la loi hospitalière dans son annexe 2 pour le service national d'hospitalisation de longue durée médicale, passant de 20 à 8. En effet, ce service n'étant pas encore mis en place, un projet pilote est actuellement en développement. Ainsi, cette modification vise à mieux tenir compte des besoins et des réalités actuelles.

2. Intégration des lits de réserve sanitaire dans la capacité hospitalière

En 2020, la loi du 29 octobre 2020 modifiant : 1° la loi modifiée du 17 juillet 2020 sur les mesures de lutte contre la pandémie Covid-19 ; 2° la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ; 3° la loi du 23 septembre 2020 portant des mesures concernant la tenue de réunions dans les sociétés et dans les autres personnes morales, a introduit[2] une nouvelle catégorie de lits dans le secteur hospitalier, à savoir les lits de réserve sanitaire, à activer pour répondre à des besoins sanitaires dans des situations exceptionnelles.

Le présent projet de loi prévoit de modifier le point 10 du paragraphe 1er de l'article 2 de la loi hospitalière, en supprimant le terme « *exclusivement* », pour permettre une utilisation de ces lits de réserve sanitaire en dehors d'une prise en charge de patients dans le cadre d'une crise sanitaire, d'une catastrophe, d'une pandémie, d'un acte de terrorisme ou d'un accident de grande envergure, tout en restant sujets à une réquisition possible sur base d'un ajustement de l'activité programmée par les établissements concernés afin de libérer les lits nécessaires.

Ainsi, par cette modification les lits de réserve sanitaire peuvent également renforcer la capacité d'accueil des établissements hospitaliers en soins aigus ou de moyen séjour. Ils peuvent être intégrés à l'offre d'un établissement ou d'un service hospitalier selon l'évolution des besoins en santé, mais peuvent être réquisitionnés en période de crise.

Il s'agit dès lors de lits de réserve sanitaire constituant une réserve capacitaire pouvant être autorisés dans le cadre de la procédure d'autorisation d'exploitation d'un établissement hospitalier ou d'un service hospitalier visé à l'article 11 ou dans le cadre de la procédure de prorogation d'autorisation d'un service hospitalier visée à l'article 9, en fonction de l'évolution des besoins sanitaires.

La volonté est de permettre si nécessaire une intégration progressive de ces lits de réserve dans la capacité hospitalière autorisée. Ces lits ne sont donc pas destinés à rester inactifs, mais peuvent être utilisés en tant que lits autorisés, tout en conservant leur vocation prioritaire de lits de réserve sanitaire, mobilisables en cas de réquisition décidée par le Gouvernement en conseil, conformément à la procédure prévue au paragraphe 8 de l'article 4 de la loi hospitalière.

Cette approche prévoit la planification de 50 lits supplémentaires pour chacun des quatre centres hospitaliers de soins aigus du Luxembourg (CHEM, CHL, CHdN et HRS), soit un total de 200 lits dans le cadre des projets de construction des 4 centres hospitaliers. L'exploitation de ces capacités de « réserve » ne pourra toutefois se faire que dans un cadre prévoyant la réservation de ces capacités en période de crise. De là, le présent projet de loi prévoit d'ajouter à l'annexe 1 de la loi hospitalière un nombre de 200 lits de réserve sanitaire.

La définition des hypothèses de lits de réserve sanitaire est complétée par une référence à la loi modifiée du 8 décembre 1981 sur les réquisitions en cas de conflit armé, de crise internationale grave ou de catastrophe.

[2] Projet d'amendements gouvernementaux au projet de loi n° 7683.

3. Adaptation de la terminologie dans le contexte de la lutte contre l'obésité sévère

Le présent projet de loi prévoit la suppression de la terminologie « *obésité morbide* » qui figure à l'article 28 de la loi hospitalière en vue de la remplacer par les termes *« obésité avec comorbidité* ». Cette modification s'inscrit dans un contexte plus large de la lutte contre l'obésité sévère.

Le gouvernement souhaite couvrir l'obésité de manière globale, non seulement sous l'angle du calcul de l'indice de masse corporelle (IMC), mais également par la prise en compte d'autres paramètres tels que les conséquences métaboliques ou la présence de facteurs de risque et de comorbidités. D'où l'importance de faire référence aux termes « *obésité avec comorbidité* ».

Il s'agit ainsi d'aligner la terminologie utilisée aux avancées scientifiques et de respecter les concepts cliniques et scientifiques établis dans le domaine de la lutte contre l'obésité sévère, tant chez l'adulte que chez l'enfant.

Projet de loi portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

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

Le Conseil d'État entendu ;

Vu l'adoption par la Chambre des Députés ;

Vu la décision de la Chambre des Députés du ... et celle du Conseil d'État du ... portant qu'il n'y a pas lieu à second vote ;

Avons ordonné et ordonnons :

Art. 1er. L'article 2 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière est modifié comme suit :

1° Le paragraphe 1er, point 10. prend la teneur suivante :

« « lits de réserve sanitaire » : lits hospitaliers aigus ou de moyen séjour dédiés à la prise en charge de patients dans le cadre d'une crise sanitaire, d'une catastrophe, d'une crise internationale grave au sens de la loi modifiée du 8 décembre 1981 sur les réquisitions en cas de conflit armé, de crise internationale grave ou de catastrophe, d'une pandémie, d'un acte de terrorisme ou d'un accident de grande envergure, qui nécessite le recours à des compétences, des ressources humaines, des équipements ou des infrastructures spécifiques ; »

2° Au paragraphe 2, alinéa 1er, les termes « à l'exception des lits visés au paragraphe 1er, point 10 » sont supprimés.

Art. 2. À l'article 3, paragraphe 1er, alinéa 1er, de la même loi, les termes « et non-résidente protégée » sont insérés après les termes « population résidente ».

Art. 3. L'article 4, paragraphe 8, de la même loi, est modifié comme suit :

1° À l'alinéa 1er, les termes « ou d'une crise internationale grave constatée au sens de la loi modifiée du 8 décembre 1981 sur les réquisitions en cas de conflit armé, de crise internationale grave ou de catastrophe » sont insérés après les termes « ou de catastrophe » ;

2° L'alinéa 3 est supprimé.

Art. 4. L'article 5 de la même loi est modifié comme suit :

1° Au paragraphe 2, le nombre « 180 » est remplacé par le nombre « 240 » et le nombre « 67 » est remplacé par le nombre « 140 » ;

2° Au paragraphe 3, le nombre « 100 » est remplacé par le nombre « 150 ».

Art. 5. À l'article 6, paragraphe 1er, de la même loi, le nombre « 20 » est remplacé par le nombre « 25 ».

Art. 6. L'article 18 de la même loi est modifié comme suit :

1° Au paragraphe 1er, alinéa 2, les termes «, à condition que chaque établissement hospitalier fasse parvenir au ministre les factures dont il sollicite le remboursement au plus tard dans les six mois à compter de la date de la facture ou de la libération de garantie » sont supprimés.

2° À la suite du paragraphe 5, il est inséré un paragraphe 6 nouveau, libellé comme suit:

« (6) Après signature de la convention prévue au paragraphe 4, chaque établissement hospitalier fait parvenir au ministre les factures dont il sollicite le remboursement. Le remboursement des factures payées est à solliciter dans un délai de six mois à compter de la date de paiement ou de la libération de garantie.

Le remboursement des factures payées avant la date de signature de la convention est à solliciter dans un délai de six mois à compter de la date de signature de la convention, sur la base d'un décompte certifié par le réviseur d'entreprises agréé de l'hôpital. ».

Art. 7. À l'article 28, paragraphe 2, de la même loi, les points 4. et 5. sont remplacés par les points 4. et 5. nouveaux, libellés comme suit:

« 4. diabète et obésité avec comorbidité de l'adulte (1) ;

5. diabète et obésité avec comorbidité de l'enfant (1) ; ».

Art. 8. L'annexe 1 de la même loi est modifiée comme suit :

1° Au point 1., le nombre « 2.350 » est remplacé par les termes « 2.745, dont un nombre maximal de lits de réserve sanitaire : 200 » ;

2° Le point 2. est modifié comme suit :

a) À la phrase liminaire, le nombre « 710 » est remplacé par le nombre « 840 » ;
b) À la lettre b), le nombre « 100 » est remplacé par le nombre « 150 » ;
c) À la lettre d), le nombre « 180 » est remplacé par le nombre « 240 » ;
d) À la lettre e), le nombre « 20 » est remplacé par le nombre « 25 » ;

3° Au point 3., le nombre « 87 » est remplacé par le nombre « 160 » ;

4° Au point 4., le nombre « 3.147 » est remplacé par le nombre « 3.745 ».

Art. 9. L'annexe 2 de la même loi est modifiée comme suit :

1° La lettre A est modifiée comme suit :

a) À la rangée dénommée « Chirurgie vasculaire », le nombre « 60 » est remplacé par le nombre « 70 » ;
b) À la rangée dénommée « Chirurgie viscérale », le nombre « 100 » est remplacé par le nombre « 105 » ;

c) À la rangée dénommée « Gastroentérologie », le nombre « 90 » est remplacé par le nombre « 85 » ;
d) À la rangée dénommée « Gynécologie », le nombre « 80 » est remplacé par le nombre « 85 » ;
e) À la rangée dénommée « Hémato-oncologie », le nombre « 15 » est remplacé par le nombre « 25 » ;
f) À la rangée dénommée « Maladies infectieuses », le nombre « 20 » est remplacé par le nombre « 30 » ;
g) À la rangée dénommée « Médecine interne générale », le nombre « 110 » est remplacé par le nombre « 140 » ;
h) À la rangée dénommée « Néphrologie », le nombre « 30 » est remplacé par le nombre « 45 » ;
i) À la rangée dénommée « Neurochirurgie », le nombre « 40 » est remplacé par le nombre « 55 » ;
j) À la rangée dénommée « Neurologie », le nombre « 85 » est remplacé par le nombre « 90 » ;
k) À la rangée dénommée « Obstétrique (niveau 1 et 2) », le nombre « 100 » est remplacé par le nombre « 130 » ;
l) À la rangée dénommée « Oncologie », le nombre « 130 » est remplacé par le nombre « 145 » ;
m) À la rangée dénommée « Ophtalmologie spécialisée », le nombre « 15 » est remplacé par le nombre « 10 » ;
n) À la rangée dénommée « ORL », le nombre « 60 » est remplacé par le nombre « 50 » ;
o) À la rangée dénommée « Pédiatrie spécialisée », le nombre « 30 » est remplacé par le nombre « 50 » ;
p) À la rangée dénommée « Pneumologie », le nombre « 80 » est remplacé par le nombre « 100 » ;
q) À la rangée dénommée « Psychiatre aiguë », le nombre « 240 » est remplacé par le nombre « 260 » ;
r) À la rangée dénommée « Psychiatrie infantile », le nombre « 12 » est remplacé par le nombre « 16 » ;
s) À la rangée dénommée « Soins intensifs et anesthésie », le nombre « 100 » est remplacé par le nombre « 120 » ;
t) À la rangée dénommée « Soins intensifs pédiatriques », le nombre maximal « 5 » est remplacé par le nombre maximal « 10 » ;
u) À la rangée dénommée « Traumatologie », le nombre « 130 » est remplacé par le nombre « 120 » ;
v) À la rangée dénommée « Urologie », le nombre « 80 » est remplacé par le nombre « 70 ».

2° La lettre B est modifiée comme suit :

a) À la rangée dénommée « Rééducation fonctionnelle », le nombre « 100 » est remplacé par le nombre « 150 » et le terme « adulte » est supprimé ;
b) À la rangée dénommée « Réhabilitation psychiatrique », le nombre « 180 » est remplacé par le nombre « 240 » ;

c) À la rangée dénommée « Soins palliatifs », le nombre « 60 » est remplacé par le nombre « 70 ».

3° La lettre C est modifiée comme suit :

a) À la rangée dénommée « Hospitalisation de longue durée médicale », le nombre minimal « 20 » est remplacé par le nombre minimal « 8 » ;
b) À la rangée dénommée « Hospitalisation de longue durée psychiatrique », le nombre maximal « 67 » est remplacé par le nombre maximal « 140 ».

Art. 10. La présente loi entre en vigueur le 1er janvier 2026.

Commentaire des articles

Article 1er

L'article 1er du projet de loi prévoit de modifier le point 10 du paragraphe 1er de l'article 2 de la loi hospitalière, en supprimant le terme « *exclusivement* », ce qui a comme conséquence que les lits de réserve sanitaire peuvent également être utilisés en dehors d'une prise en charge de patients dans le cadre d'une crise sanitaire, d'une catastrophe, d'une pandémie, d'un acte de terrorisme ou d'un accident de grande envergure. Pour le commentaire de cet article, il est renvoyé à l'exposé des motifs.

Article 2

L'article 2 du projet de loi modifie l'article 3, paragraphe 1er de la loi hospitalière afin de tenir compte dans le cadre de l'évaluation des besoins sanitaires au niveau national, non seulement de la population résidente, mais également de la population non-résidente protégée.

Article 3

L'article 3 du présent projet de loi modifie l'alinéa 1er du paragraphe 8 de l'article 4 pour y insérer le renvoi à une crise internationale grave constatée au sens de la loi modifiée du 8 décembre 1981 sur les réquisitions en cas de conflit armé, de crise internationale grave ou de catastrophe. En outre, l'alinéa 3 du paragraphe 8 de l'article 4 de la loi hospitalière est supprimé.

Pour le surplus, il est renvoyé à l'exposé des motifs.

Article 4

L'article 4 du présent projet de loi prévoit de modifier l'article 5 de la loi hospitalière.

Le premier point de l'article 4 du projet de loi prévoit d'augmenter le nombre maximum de lits de moyen séjour (+60 lits) et le nombre maximum de lits d'hospitalisation de longue durée (+73) pour le Centre hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP) à l'article 5, paragraphe 2 de la loi hospitalière.

Le deuxième point de l'article 4 du projet de loi, permet d'augmenter le nombre maximal de lits de moyen séjour (+50) pour le Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation (CNRFR), encore connu sous le terme de « Rehazenter ».

Il s'agit de deux services hospitaliers pour lesquels le nombre maximal de lits d'hospitalisation connaît une augmentation significative, dont les raisons sont détaillées dans l'exposé des motifs.

En ce qui concerne l'augmentation des capacités du Rehazenter, il y a lieu de préciser qu'au regard de la croissance démographique, du vieillissement de la population et d'un nombre croissant d'hospitalisations prolongées pour raisons sociales, et afin d'assurer les missions légales lui attribuée au niveau de la rééducation neurologique, cardiaque ou musculo-squelettique , une adaptation du nombre maximal de lits pouvant être autorisés est nécessaire, notamment en vue d'un projet d'extension éventuel à réaliser qui est en cours de discussion.

Article 5

L'article 5 du projet de loi modifie l'article 6 de la loi hospitalière afin d'augmenter le nombre maximum de lits pouvant être autorisés de 20 à 25 lits de moyen séjour pour un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie.

Cette adaptation se fonde sur des projections réalisées mettant en évidence un besoin de 3 lits supplémentaires jusqu'en 2040 ainsi que de la création d'une structure palliative spécifique pour enfants telle que prévu dans l'accord de coalition 2023-2028. Un projet est actuellement en phase de conceptualisation pour la mise en place de 6 à 8 lits de soins palliatifs pédiatriques. Il y a donc lieu d'adapter l'article 6 en ce sens pour tenir compte de ces besoins futurs.

Article 6

L'article 18 de la loi hospitalière est modifié afin de préciser les modalités d'envoi des factures avant et après signature de la convention de financement entre l'État et les maîtres d'ouvrage prévue au paragraphe 4, par les établissements hospitaliers au ministre. Au vu des difficultés de transmission des factures liquidées endéans les délais impartis en référence à la date de facturation en fonction des procédures de contrôle et vérification des prestations facturées, il est proposé de se référer à la date de paiement de la facture.

Les factures liquidées avant la date de signature de la convention précitée font l'objet d'un contrôle d'éligibilité par un réviseur d'entreprise de l'hôpital tel que retenu dans la convention de financement.

La terminologie de l'article 18 de la loi hospitalière est adaptée afin d'y faire figurer le terme de réviseur d'entreprises agréé. Les rédacteurs ont pris en compte l'avis récent du Conseil d'Etat (n°60.112) en date du 29 mars 2024.

Article 7

L'article 28 de la loi hospitalière est modifié afin de supprimer la terminologie *« obésité morbide* ». Au lieu de parler d'« *obésité morbide* », il y a lieu de parler d'« *obésité avec comorbidité* », à savoir une cooccurrence statistique de deux types d'affections physiques ou psychiques.

La terminologie « *obésité morbide* » n'est plus adaptée et est synonyme d'« *obésité sévère* », ce qui peut être considéré comme étant stigmatisant.

L'adaptation de la présente terminologie est suggérée par le Comité de Gestion Interhospitalière (CGI) et a été discutée au niveau de la Commission permanente des hôpitaux (CPH) au courant de l'année 2024.

La CPH a rendu attentif au fait que la terminologie d'« *obésité morbide* », telle qu'utilisée dans l'article 28 de la loi hospitalière était considérée obsolète, stigmatisante et synonyme d'obésité sévère. Par conséquent, la CPH est en faveur d'une adaptation de la loi hospitalière afin d'aligner la terminologie aux avancées scientifiques et le respect des concepts cliniques et scientifiques appliqués dans la lutte contre l'obésité sévère.

Le Conseil Scientifique du Domaine de la Santé (CS)[1] au Luxembourg, précise dans sa publication de juin 2023 intitulée « *PRISE EN CHARGE MÉDICO-CHIRURGICALE D'UNE OBÉSITÉ DE L'ADULTE* » qu'il « *est conseillé de ne plus utiliser le terme « obésité morbide » trop stigmatisant. La prise en charge de l'obésité doit être globale et prendre en compte non seulement l'IMC et le tour de taille, mais également d'autres paramètres comme les conséquences métaboliques, la présence de facteurs de risque et de comorbidités, l'impact sur la qualité de vie et la mobilité du patient* ».[2]

Article 8

L'article 8 du projet de loi modifie les chiffres de l'annexe 1 de la loi hospitalière. Le nombre maximal de lits aigus pouvant être autorisés est adapté et s'élève à 2.745 lits, dont maximum 200 lits de réserve sanitaire.

En ce qui concerne le nombre maximal de lits de moyens séjours pouvant être autorisés, un total de 840 lits est prévu dont 310 lits de rééducation gériatrique, 150 lits de rééducation fonctionnelle, 60 lits de réhabilitation physique et post oncologique, 240 lits de réhabilitation psychiatrique et 25 lits de soins palliatifs situés dans un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie.

Pour ce qui est du nombre maximal de lits de longue durée pouvant être autorisé, celui-ci passe de 87 à 160 lits.

Étant donné que les nombres de lits aigus, de moyen séjour et de longue durée ont été adaptés, il faut également rectifier le total du nombre maximal de lits pouvant être autorisés. Le total du nombre maximal de lits est adapté et s'élève à 3.745 lits.

Article 9

Point 1

Dans un premier temps, l'article 9 du projet de loi modifie la lettre A intitulée « *Service de soins aigus (lits aigus)* » de l'annexe 2 intitulée « *Définitions des services hospitaliers* » de la loi hospitalière. L'article 9 vise à adapter le nombre minimal et maximal de lits autorisables au niveau national pour les services de même type aux besoins sanitaires actuels et futurs.

Pour la plupart des services hospitaliers une augmentation du nombre maximal de lits autorisés s'avère nécessaire, à savoir pour les services de chirurgie vasculaire, chirurgie viscérale, gynécologie, hémato-oncologie, maladies infectieuses, médecine interne générale, néphrologue, neurochirurgie,

[1] Le Code de la Sécurité sociale (Article 65bis, paragraphe 2) a institué sous l'autorité des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale un Conseil scientifique du domaine de la santé qui a pour mission d'élaborer et de contribuer à la mise en œuvre de standards de bonnes pratiques médicales. Les standards de bonne pratique médicale sont des recommandations développées selon une méthode explicite pour aider le médecin et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données. L'objectif de tels standards de bonnes pratiques médicales est d'informer les professionnels de santé, les patients et les usagers du système de santé sur l'état de l'art et les données acquises de la science afin d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins.

[2] https://conseil-scientifique.public.lu/dam-assets/publications/obesite/recommandation-obesite-version-patient-validee-cs.pdf

neurologie, obstétrique, oncologique, pédiatre spécialisée, pneumologie, psychiatrie aigues, psychiatrie infantile, soins intensifs et anesthésie, ou encore soins intensifs pédiatriques.

Néanmoins, pour les services de gastroentérologie, d'ophtalmologie spécialisée, d'ORL, de traumatologie et d'urologie, le nombre maximal de lits pouvant être autorisés est adapté à la baisse compte tenu notamment d'une tendance au développement des actes relevant de ces spécialités réalisées en ambulatoire.

Concernant la psychiatrie infantile, on a observé une hausse du nombre d'enfants présentant des troubles socio-émotionnels, ce qui entraîne un besoin futur d'augmenter les capacités d'accueil en unités stationnaires.

Enfin, l'augmentation du nombre maximal des lits autorisé pour le service national de soins intensifs pédiatriques prend en compte le taux d'occupation supérieur à 90 % durant les mois d'hiver, l'attractivité croissante pour la population transfrontalière ainsi que la volonté d'améliorer la préparation face aux épidémies futures.

Point 2

Dans un second temps, l'article 9 du présent article vise à modifier la lettre B. intitulée « *B. Services de moyen séjour (lits de moyen séjour*) » de l'annexe 2 intitulée « *Définitions des services hospitaliers* » de la loi hospitalière. Les services qui voient augmenter le nombre maximal des lits autorisés sont les suivants : le service de rééducation fonctionnelle, le service de réhabilitation psychiatrique ainsi que le service de soins palliatifs.

Les rédacteurs proposent également de supprimer le terme « *adulte* » du texte de la colonne droite au sujet du service national de rééducation fonctionnelle. Étant donné qu'à l'heure actuelle, le Rehazenter prend également en charge des patients mineurs, il convient de supprimer le terme « adulte » afin de refléter fidèlement la réalité de la pratique médicale de ce service national de rééducation fonctionnelle. Le Rehazenter dispose aujourd'hui des compétences médicales nécessaires à la prise en charge post-traumatique des enfants. Bien que la législation hospitalière en vigueur ne prévoie pas formellement cette possibilité, l'établissement est ponctuellement sollicité pour assurer une rééducation aiguë intensive chez des patients mineurs. Par ailleurs, un projet d'extension est en cours afin de pouvoir doter le Rehazenter d'un plateau médical spécifiquement adapté aux enfants.

Point 3

Enfin, l'article 9 modifie également la lettre C. intitulée « *C. Services d'hospitalisation de longue durée (lits d'hospitalisation de longue durée)* » de l'annexe 2 intitulée « *Définitions des services hospitaliers* » de la loi hospitalière.

Il y a également lieu de modifier le nombre minimal de lits autorisés par la loi hospitalière dans son annexe 2 pour le service national d'hospitalisation de longue durée médicale, passant de 20 à 8. En effet, ce service n'étant pas encore mis en place, un projet pilote est actuellement en développement. Ainsi, cette modification vise à mieux tenir compte des besoins et des réalités actuelles.

Article 10

Le présent projet de loi prévoit une entrée en vigueur au 1er janvier 2026, car la modification de la loi hospitalière doit produire ses effets pour l'année 2026, notamment en raison de la procédure de prorogation des autorisations d'exploitation des établissements hospitaliers et de leurs services prévus à l'article 11 de la loi hospitalière.

Texte coordonné

Loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, et portant modification : 1. du Code de la sécurité sociale ; 2. de la loi modifiée du 21 novembre 1980 portant organisation de la Direction de la santé ; 3. de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales ; 4. de la loi du 19 décembre 2003 portant création de l'établissement public « Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation » ; 5. de la loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public « Laboratoire national de santé » ; 6. de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient ; 7. de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État

Art. 1er.
(1) La présente loi est applicable :
1. aux hôpitaux ;
2. aux établissements d'accueil pour personnes en fin de vie ;
3. aux établissements de cures thermales ;
4. aux centres de diagnostic ; qu'ils soient gérés par une personne morale de droit public ou de droit privé. Les établissements visés aux points 1. à 4. sont désignés par l'expression « établissement hospitalier ».
(2) Les établissements hospitaliers ont pour mission de dispenser dans leur domaine d'activités des soins de santé stationnaires ou ambulatoires dans un contexte pluridisciplinaire, dans les conditions de soins et le cadre médical, médico-technique, professionnel et logistique requis et appropriés, pour ou à des patients qui y sont admis parce que leur état de santé exige cet ensemble de soins afin de traiter ou de soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais. Ils peuvent être autorisés par le ministre ayant la Santé dans ses attributions, dénommé ci-après « le ministre », à accomplir une mission d'enseignement et de recherche en matière de santé ou toute autre mission de santé publique. Les établissements hospitaliers doivent disposer d'une personnalité juridique.
(3) Est considéré comme :
1. « hôpital », tout établissement ayant principalement une mission de diagnostic, de surveillance et de traitement relevant de la médecine, de la chirurgie ou de l'obstétrique ainsi que de soins préventifs et palliatifs et disposant de services dans lesquels les patients sont admis ;
2. « centre hospitalier », tout hôpital assurant une large offre de prises en charge diagnostiques et thérapeutiques ;
3. « établissement hospitalier spécialisé », tout hôpital qui répond aux besoins spécifiques de certaines prises en charge diagnostiques et thérapeutiques ou à des affections particulières ;
4. « établissement d'accueil pour personnes en fin de vie », tout établissement qui a pour mission principale de dispenser des soins stationnaires à des personnes en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, à l'exclusion de soins à visée essentiellement curative ;
5. « établissement de cures thermales », tout établissement qui a pour mission de dispenser des cures thérapeutiques ;
6. « centre de diagnostic », tout établissement qui répond à des besoins spécifiques de certaines prises en charge diagnostiques de patients, y compris les analyses de biologie médicale conformément à

l'article 1er de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales, à l'exclusion de tous les traitements et soins.
(4) Dans le cadre de l'exercice d'activités réservées à une profession réglementée du domaine de la santé, l'utilisation des termes « hôpital », « clinique », « centre de diagnostic » ou de tout autre terme pouvant être confondu avec ces trois termes dans la dénomination sur les notes d'honoraires ou dans des actes officiels est réservée aux établissements hospitaliers autorisés conformément à l'article 7.

Art. 2.

(1) Sont considérés comme :
1. « unité de soins » : une unité fonctionnelle soit d'hospitalisation, soit médico-technique, prenant en charge des patients, située dans une même enceinte architecturale et relevant d'une dotation et d'une gestion communes ;
2. « service hospitalier » : unité d'organisation et de gestion comportant une ou plusieurs unités de soins où s'exerce l'activité médico-soignante de l'hôpital ;
3. « service national » : service hospitalier unique pour le pays regroupant les pathologies nécessitant le recours à des compétences, des équipements ou des infrastructures spécifiques. Il garantit la continuité des soins sur le plan national ;
4. « lits » : les lits hospitaliers qui sont de façon continue à la disposition des patients dans les services hospitaliers, en distinguant entre : a) lits aigus ; b) lits de moyen séjour ; c) lits d'hospitalisation de longue durée. (Loi du 29 octobre 2020) «d) lits de réserve sanitaire. » Les lits d'hospitalisation de jour et lits-portes ne sont pas considérés comme lits au sens de l'alinéa qui précède ;
5. « lits aigus » : les lits, y compris les lits de soins intensifs, hormis les lits de moyen séjour et les lits d'hospitalisation de longue durée, les lits de soins intensifs étant des lits réservés aux patients nécessitant des soins intensifs ;
6. « lits de moyen séjour » : lits réservés à la rééducation et à la réhabilitation de patients ainsi que les lits de soins palliatifs ; On entend par « lits de rééducation et de réhabilitation » : lits de moyen séjour des établissements hospitaliers et des services hospitaliers ayant pour mission la rééducation ou la réhabilitation sous ses différentes formes, que sont la rééducation et la réhabilitation fonctionnelle, la rééducation gériatrique, la réhabilitation physique et post-oncologique, la réhabilitation et la réadaptation de malades souffrant de troubles psychiques.
7. « lits d'hospitalisation de longue durée » : lits réservés aux soins hospitaliers de longue durée destinés aux patients souffrant de restrictions fonctionnelles justifiant une surveillance médicale, une prise en charge de même que des soins particuliers et continus par du personnel spécifiquement qualifié ainsi que des traitements d'entretien ;
8. « lits d'hospitalisation de jour » : lits d'hôpital ou places situés dans un hôpital de jour ou un service de dialyse, réservés aux activités suivantes :
a) actes chirurgicaux ou interventionnels nécessitant une surveillance et des soins pré- ou post-interventionnels ;
b) autres actes diagnostiques et thérapeutiques avec ou sans sédation majeure, à savoir :
- explorations fonctionnelles et endoscopiques ;
- imagerie interventionnelle ;
- ponctions et biopsies non-chirurgicales ;
c) diverses prises en charge thérapeutiques :
- épuration extra-rénale ;
- chimiothérapie, antibiothérapie, immunothérapie intraveineuses ;
- transfusion de produits et dérivés sanguins cytaphérèse ;
- traitements et prise en charge de situations spécifiques ;
d) soins de rééducation psychiatrique adulte, juvénile ou infantile ;
e) soins de revalidation, y compris gériatrique.

9. « lits-portes » : lits d'hôpital ou places situés dans l'enceinte d'un service d'urgence, exclusivement à la disposition des prises en charge urgentes nécessitant une présence médicale et une présence continue par du personnel soignant spécifiquement qualifié pendant une durée inférieure à 12 heures.
~~**10. « lits de réserve sanitaire » : lits hospitaliers aigus ou de moyen séjour dédiés exclusivement à la prise en charge de patients dans le cadre d'une crise sanitaire, une catastrophe, une pandémie, un acte de terrorisme ou d'un accident de grande envergure et qui nécessite le recours à des compétences, des ressources humaines, des équipements ou des infrastructures spécifiques ;**~~
« lits de réserve sanitaire » : lits hospitaliers aigus ou de moyen séjour dédiés à la prise en charge de patients dans le cadre d'une crise sanitaire, d'une catastrophe, d'une crise internationale grave au sens de la loi modifiée du 8 décembre 1981 sur les réquisitions en cas de conflit armé, de crise internationale grave ou de catastrophe, d'une pandémie, d'un acte de terrorisme ou d'un accident de grande envergure, qui nécessite le recours à des compétences, des ressources humaines, des équipements ou des infrastructures spécifiques ;
11. « site » : zone accueillant un ou plusieurs bâtiments exploités par un même organisme gestionnaire et dans laquelle la distance entre un bâtiment et le bâtiment le plus proche ne dépasse pas 500 mètres.
(2) Le nombre maximum de lits par catégories de lits pouvant être autorisé au niveau national est fixé à l'annexe 1 ~~**à l'exception des lits visés au paragraphe 1er, point 10**~~. La dénomination des différents types de service, les normes essentielles y afférentes, le nombre maximal au niveau national par type de service, le nombre minimal de lits par service et le nombre maximal de lits au niveau national par type de service figurent à l'annexe 2 «à l'exception des lits visés au paragraphe 1er, point 10.»

Art. 3.

(1) Le ministre procède à une évaluation des besoins sanitaires de la population résidente **et non-résidente protégé** sur base des données établies par la carte sanitaire, d'une évaluation démographique de la population résidente, de données relatives à l'état de santé de cette population ainsi que d'une comparaison internationale. Cette évaluation des besoins sanitaires nationaux a pour objectifs de :
1. définir les besoins au niveau national en établissements hospitaliers et en réseaux de compétences ;
2. définir les services hospitaliers autorisés et fixer leur nombre maximal au niveau national ;
3. fixer au niveau national un nombre maximal de lits pour l'ensemble des services de même dénomination, le nombre maximal de lits pouvant être autorisé.
(2) La carte sanitaire est un ensemble d'informations établi et mis à jour tous les deux ans par l'Observatoire national de la santé et constitué par :
1. l'inventaire de tous les établissements hospitaliers existants, de leurs services, de leur agencement général, du niveau de qualité des prestations et de leur taux d'utilisation ;
2. l'inventaire des réseaux de compétences, de leurs services hospitaliers et de leurs membres extrahospitaliers, de leur organisation générale, du niveau de qualité des prestations et de leur taux d'utilisation ;
3. les motifs d'hospitalisation stationnaire et ambulatoire des patients admis dans un établissement hospitalier ;
4. le relevé des médecins agréés, de leur spécialité, des professions de santé et du personnel administratif et technique desdits établissements ;
5. l'inventaire des équipements et appareils soumis à une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières ;
6. l'inventaire des établissements ou services prestataires en milieu extrahospitalier collaborant activement avec le secteur hospitalier dans le cadre de réseaux de compétences ;
7. l'inventaire des services d'urgence et des modalités de prise en charge qui y sont proposées ;

8. le nombre et les motifs des transferts ou hospitalisations dans des établissements qui se trouvent à l'étranger ;
9. l'utilisation des prestations des établissements hospitaliers nationaux par des non-résidents. Tous les établissements hospitaliers doivent fournir les renseignements nécessaires à l'élaboration de la carte sanitaire et à sa mise à jour biennale. À défaut de ce faire, le ministre n'accordera pas ou, le cas échéant, ne prorogera pas les autorisations dont question aux articles 7, 9 et 11.
(3) Le ministre doit recourir aux données dépersonnalisées des administrations publiques, des établissements publics ou d'autres organismes luxembourgeois ou étrangers, ainsi que des différents établissements hospitaliers, relatives :
1. aux séjours hospitaliers: données démographiques des patients, diagnostics, procédures médicales et des autres professions de santé, services d'hospitalisation et durée de séjour, mode d'entrée, provenance, mode de sortie, destination du patient après sortie ;
2. à l'utilisation des lits, lits d'hospitalisation de jour et équipements médicaux des établissements hospitaliers: la fréquence des différentes prestations par patient hospitalisé et ambulatoire, nombre de patients ; 3. à l'utilisation des services d'urgence: fréquence et distribution du recours à ces services, caractéristiques démographiques des patients et du degré d'urgence, mode d'entrée, provenance, mode de sortie et destination après sortie, taux d'utilisation des lits-portes au service d'urgence ; 4. à la fréquence et aux motifs d'un transfert à un établissement hospitalier situé à l'étranger ; 5. aux délais d'attente pour toutes les prestations hospitalières.

Art. 4.

(1) La gestion d'un hôpital ainsi que son exploitation sont assurées par un même organisme gestionnaire. Un centre hospitalier peut être exploité sur un ou plusieurs sites. Quatre centres hospitaliers peuvent être autorisés au maximum par le ministre. Chaque centre hospitalier dispose au maximum de trois sites hospitaliers et participe au service d'urgence sur un seul de ses sites. (Loi du 29 juillet 2023) « Par dérogation à l'alinéa 3, chaque centre hospitalier peut disposer de sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires dans le cadre des services visés aux paragraphes 2, points 3, 7 et 8, et 3, point 5, et dans les limites visées à l'article 9, paragraphe 6. Pour les sites supplémentaires, un centre hospitalier peut conclure avec un ou plusieurs médecins autorisés à exercer la médecine en vertu de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire un contrat précisant les modalités de gestion et d'utilisation des équipements et appareils visés à l'annexe 3, ainsi que des parties d'infrastructures les hébergeant. » Un centre hospitalier doit disposer de 300 lits aigus au moins et peut être autorisé à exploiter 700 lits aigus au maximum. Il exploite des lits aigus sur au maximum deux sites hospitaliers. Pour chaque centre hospitalier, le nombre exact de lits est arrêté dans l'autorisation d'exploitation.
(2) Tout centre hospitalier doit obligatoirement disposer d'une autorisation d'exploitation pour les services hospitaliers suivants, dans le respect des dispositions de l'annexe 2 :
1. Cardiologie
2. Chirurgie viscérale
3. Dialyse
4. Gastroentérologie
5. Gériatrie aiguë
6. Hospitalisation de jour chirurgicale
7. Hospitalisation de jour non chirurgicale
8. Imagerie médicale
9. Médecine interne générale
10. Neurologie
11. Obstétrique

12. ORL
13. Pneumologie
14. Psychiatrie aiguë
15. Soins intensifs et anesthésie
16. Soins palliatifs
17. Traumatologie et orthopédie
18. Urgence
19. Urologie Les centres hospitaliers, qui ne disposent pas du service national de néphrologie, doivent disposer d'un service de dialyse.

(3) Chaque centre hospitalier peut exploiter un des services hospitaliers suivants, dans le respect des dispositions de l'annexe 2 et dans la limite du nombre maximal autorisable au niveau national :

1. Chirurgie esthétique
2. Chirurgie vasculaire
3. Gynécologie
4. Neuro-vasculaire (stroke unit niveau 1)
5. Oncologie
6. Pédiatrie de proximité
7. Rééducation gériatrique Les centres hospitaliers, qui ne disposent pas du service national de pédiatrie spécialisée, peuvent être autorisés à exploiter un service de pédiatrie de proximité. Les centres hospitaliers, qui ne disposent pas du service national de chirurgie plastique, peuvent être autorisés à exploiter un service de chirurgie esthétique.

(4) Chacun des services hospitaliers suivants est qualifié de « service national » et, en tant que tel, son exploitation ne peut être autorisée que dans un seul hôpital :

1. Chirurgie pédiatrique
2. Chirurgie plastique
3. Hémato-oncologie
4. Hospitalisation de longue durée médicale
5. Immuno-allergologie
6. Maladies infectieuses
7. Médecine de l'environnement
8. Néonatologie intensive
9. Néphrologie
10. Neurochirurgie
11. Stroke unit niveau 2
12. Ophtalmologie spécialisée
13. Pédiatrie spécialisée
14. Procréation médicalement assistée
15. Psychiatrie infantile
16. Psychiatrie juvénile
17. Soins intensifs pédiatriques
18. Urgence pédiatrique Les services de chirurgie pédiatrique, de néonatologie intensive, de pédiatrie spécialisée, de procréation médicalement assistée, de soins intensifs pédiatriques et d'urgence pédiatrique sont obligatoirement réunis dans un même centre hospitalier disposant d'une maternité de niveau 2, telle que définie à l'annexe 2.

(5) Un centre hospitalier qui en fait la demande peut être autorisé à exploiter 30 à 70 lits de moyen séjour dans le domaine de la rééducation gériatrique. Un seul centre hospitalier peut être autorisé à exploiter 20 lits d'hospitalisation de longue durée au maximum.

(6) Les centres hospitaliers sont obligés de participer au service de garde. Ils conviennent entre eux de l'établissement du plan du service de garde, le directeur de la Santé entendu en son avis. Ils communiquent ce plan pour approbation au ministre, six mois à l'avance et pour une période semestrielle. Le plan indique la personne responsable de l'organisation du service de garde de chaque centre hospitalier. Tout changement à ce plan est immédiatement communiqué au ministre, qui est censé ratifier le changement, à moins de faire connaître sans délai son opposition. Dans ce cas, il doit prendre les mesures propres à assurer le fonctionnement du service. Si les centres hospitaliers n'arrivent pas à se mettre d'accord sur l'établissement du plan du service de garde, le ministre établit ce plan d'office.
(7) Un règlement grand-ducal précise les exigences auxquelles les services d'urgence doivent répondre en ce qui concerne leur équipement et la présence effective ou la disponibilité du personnel médical et soignant, ainsi que les modalités suivant lesquelles ces services assurent la prise en charge des urgences.
(8) En cas de besoins sanitaires liés à tout type de catastrophes **ou d'une crise internationale grave constatée au sens de la loi modifiée du 8 décembre 1981 sur les réquisitions en cas de conflit armé, de crise internationale grave ou de catastrophe**, de pandémies, d'actes de terrorisme ou d'accidents de grande envergure déclarés par une décision du Gouvernement en conseil ou de catastrophe, le ministre ou le membre du Gouvernement qui le remplace en cas d'empêchement peut prendre toutes les mesures que la situation exige, et même ordonner la réquisition des établissements hospitaliers et du personnel médical, soignant et technique qui leur est attaché. La réquisition est faite oralement ou par écrit à un responsable de l'établissement. Elle comporte pour celui-ci l'obligation d'avertir, en spécifiant qu'il agit sur ordre du ministre, un nombre suffisant de médecins et de membres du personnel soignant et technique pour assurer le service qui est demandé à l'établissement. Toute prestation effectuée en vertu de la réquisition par un établissement hospitalier ou par un médecin donne droit à une indemnisation. Si celle-ci ne peut pas être obtenue de la part de la personne qui a bénéficié de la prestation ou de l'organisme de sécurité sociale dont elle relève, elle est à charge de l'État.
Dans les hypothèses visées à l'alinéa 1er, le ministre peut également autoriser les établissements hospitaliers qu'il désigne, à exploiter le nombre de lits de réserve sanitaire qu'il estime nécessaire et ce en dépassement du nombre maximum de lits autorisables au titre des articles 4 et 5, de l'annexe 1 et 2 ainsi que du nombre maximum de lits retenus dans les différentes autorisations d'exploitation et de services des établissements hospitaliers. Ces lits peuvent être exploités soit dans un ou plusieurs services hospitaliers autorisés conformément à l'annexe 2, soit dans un service hospitalier spécifique y dédié et non prévu à l'annexe 2.
~~**L'autorisation d'exploitation des lits de réserve sanitaire est limitée à douze mois maximum. Elle est renouvelable pour la même durée maximum.**~~
Dans les hypothèses visées à l'alinéa 1er, le ministre peut également autoriser un hôpital à acquérir, détenir ou utiliser temporairement tout équipement national au-delà du nombre maximal déterminé à l'annexe 3 ou tout équipement de plus de 250 000 euros nécessaire à la gestion d'un tel événement sans devoir se soumettre à la procédure prévue à l'article 14, paragraphe 2.
Les moyens financiers, structurels, en ressources humaines nécessaires à l'exploitation des lits de réserve sanitaire autorisés selon l'alinéa 2 et les équipements autorisés selon l'alinéa 4 sont à charge du budget de l'État.

Art. 5.

(1) Les services hospitaliers nationaux suivants peuvent constituer un établissement hospitalier spécialisé de :
1. cardiologie interventionnelle et chirurgie cardiaque avec un nombre maximum de 30 lits aigus pouvant y être autorisé ;

2. radiothérapie avec un nombre maximum de 2 lits aigus pouvant y être autorisé.
(2) L'établissement public dénommé « Centre hospitalier neuropsychiatrique » constitue un établissement hospitalier spécialisé en réhabilitation psychiatrique et exploite le service national de réhabilitation psychiatrique ainsi que le service d'hospitalisation de longue durée psychiatrique. Le nombre maximum de lits pouvant y être autorisé ne peut être supérieur à ~~180~~**240** lits de moyen séjour et ~~67~~**140** lits d'hospitalisation de longue durée.
(3) L'établissement public dénommé « Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation » constitue un établissement hospitalier spécialisé en rééducation fonctionnelle et exploite le service national de rééducation fonctionnelle. Le nombre maximum de lits pouvant y être autorisé ne peut être supérieur à ~~100~~**150** lits de moyen séjour.
(4) Outre les services de rééducation gériatrique autorisés dans les hôpitaux, le ministre peut autoriser un établissement hospitalier spécialisé en rééducation gériatrique à exploiter un service de rééducation gériatrique. Le nombre maximum de lits pouvant y être autorisé ne peut être supérieur à 40 lits de moyen séjour.
(5) Le ministre peut autoriser au maximum un établissement hospitalier spécialisé en réhabilitation physique et post-oncologique qui exploite les services nationaux de réhabilitation physique et de réhabilitation post-oncologique. Le nombre maximum de lits pouvant y être autorisé ne peut être supérieur à 60 lits de moyen séjour.
(6) Pour chaque établissement hospitalier spécialisé, le nombre exact de lits autorisés est arrêté dans l'autorisation d'exploitation. Les établissements hospitaliers spécialisés visés aux paragraphes 2 à 5 doivent disposer de 30 lits au moins. 1 Remplacé par la loi du 29 octobre 2020.

Art. 6.

(1) Le ministre peut autoriser au maximum un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie. Le nombre maximum de lits de cet établissement pouvant être autorisé ne peut être supérieur à ~~20~~**25** lits de moyen séjour. Le nombre exact de lits de l'établissement hospitalier qui est autorisé ci-avant est arrêté dans son autorisation d'exploitation.
(2) Le ministre peut autoriser au maximum un établissement de cures thermales.
(3) À l'exception du centre de diagnostic dans le domaine de la génétique humaine et de l'anatomopathologie visé à l'article 2 de la loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public « Laboratoire national de santé », aucun centre de diagnostic ne peut être autorisé par le ministre.
Le centre de diagnostic visé à l'alinéa précédent a pour objet de réaliser des examens en ce qui concerne :
a) l'anatomie pathologique : les examens relevant de la cytologie et de l'histologie ;
b) la génétique humaine : les examens portant sur l'hérédité ou non de malformations et d'anomalies, tant physiques que psychiques, la nature moléculaire de ces malformations et anomalies ou le fait d'être porteur de caractères héréditaires, y compris l'interprétation de ces examens et le conseil génétique.

Art. 7.

(1) L'exploitation et l'extension de tout établissement hospitalier sont soumises à l'autorisation du ministre conformément à la procédure prévue ci-dessous.
(2) L'organisme gestionnaire de l'établissement hospitalier sollicite, sur base d'un projet d'établissement, une autorisation d'exploitation auprès du ministre qui décide après avoir demandé l'avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier.
(3) Ce projet d'établissement comporte :
1. la dénomination de l'établissement hospitalier ;
2. les objectifs et missions de l'établissement ;
3. la dénomination et la forme juridique de son organisme gestionnaire ;

4. l'organigramme général de l'établissement ;
5. le nombre ainsi que la localisation de ses sites et bâtiments hospitaliers ;
6. le nombre et le type de lits, y compris les lits d'hospitalisation de jour et de lits-portes, que l'établissement souhaite exploiter ;
7. le nombre et la localisation des services hospitaliers stationnaires et ambulatoires sollicités ;
8. les équipements ou les appareils soumis à planification nationale. Au projet d'établissement est joint l'avis y relatif du Conseil médical.

(4) L'autorisation d'exploitation délivrée par le ministre à un établissement hospitalier reprendra les points 1. à 8. retenus ou rectifiés par le ministre suite à l'examen du projet d'établissement, y compris le nombre de lits autorisés pour chaque service.

(5) Lorsqu'un organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier modifie son projet d'établissement, il en avise le ministre, qui décide sur le bien-fondé de cette modification en respectant la procédure prévue au paragraphe 2 du présent article.

(6) Un établissement hospitalier ne peut bénéficier des subventions financières étatiques visées à l'article 15 qu'à condition de disposer d'une autorisation d'exploitation valable.

Art. 8.

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

1. des projets de modernisation, d'extension ou de mise en conformité avec des normes de sécurité ou d'hygiène de structures hospitalières existantes ;
2. des projets de construction nouvelle en remplacement de structures existantes ou résultant de synergies ou de coopérations entre plusieurs établissements hospitaliers existants entraînant une désaffectation des structures hospitalières remplacées ou leur réaffectation à une destination hospitalière dûment autorisée ; 3. des projets « de construction nouvelle ou »1 de réaménagement ou de transformation de structures existantes visant à « développer » la prise en charge ambulatoire (. . .)3 .

(2) Seuls les projets mentionnés aux points 1. à 3. sont financés par le biais du fonds pour le financement des infrastructures hospitalières au titre de l'article 15. 1 Inséré par la loi du 29 juillet 2023.

Art. 9.

(1) L'exploitation d'un service hospitalier ainsi que toute demande de création, d'extension ou de modernisation d'un service hospitalier ou de prorogation d'autorisation d'un service hospitalier doit être soumise par l'organisme gestionnaire de l'établissement hospitalier pour autorisation au ministre qui décide après avoir demandé l'avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier.

(2) Par extension d'un service hospitalier, on entend l'augmentation des surfaces architecturales destinées à l'accueil et au séjour des patients ou l'augmentation du nombre des lits. Une extension limitée en mètres carrés pour des petits travaux d'agrandissement de fonctions existantes, et qui ne donnent pas lieu à de nouvelles fonctionnalités, n'est pas considérée comme une extension de service.

(3) Par modernisation d'un service hospitalier, on entend les adaptations nécessaires pour que ce service puisse se conformer aux normes de sécurité ou d'hygiène, aux critères contenus dans les définitions de services visés à l'annexe 2 ou dans les normes réglementaires prévues à l'article 10. (4) La demande d'exploitation d'un service doit être accompagnée, pour chaque service hospitalier, d'un projet de service cohérent avec le projet d'établissement visé à l'article 7 et respectant les critères fixés dans les définitions de services prévues à l'annexe 2 ainsi que d'autres normes déterminées par règlement grand-ducal conformément à l'article 10.

(5) Ce projet de service comporte :

1. la dénomination du service, le type de patients et de pathologies pris en charge et le volume d'activités attendu ;
2. les unités de soins au sens de l'article 2, stationnaires, ambulatoires, médico-techniques ou autres qui le constituent ainsi que les liens organisationnels et fonctionnels entre elles et avec d'autres services hospitaliers ;
3. les ressources humaines, l'organigramme, les équipements y affectés spécifiquement, le nombre de lits et le type de lits ainsi que le nombre de lits d'hospitalisation de jour ou de lits-portes ;
4. la localisation principale du service et de ses antennes éventuelles sur un ou plusieurs sites hospitaliers ;
5. l'organisation et les moyens mis en place pour assurer la continuité des soins ;
6. la prise en charge dans laquelle les activités médicales et chirurgicales du service s'inscrivent ;
7. le volume d'activités en cas d'extension et de modernisation d'un service hospitalier ou de prorogation d'autorisation d'un service hospitalier ;
8. la politique d'admission, de transfert et de sortie de patients. Au projet de service est joint l'avis y relatif du Conseil médical.

(6) Chaque établissement hospitalier ne peut disposer que d'un seul service hospitalier de la même nature et sur un site unique. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'un établissement multi-sites, un service hospitalier autorisé peut comprendre une unité de soins située sur un autre site hospitalier du même établissement hospitalier. Dans ce cas, l'unité est considérée comme une « antenne de service ». (Loi du 29 juillet 2023) « Un centre hospitalier peut disposer de deux antennes supplémentaires par service visé à l'article 4, paragraphe 1er, alinéa 4. »

(7) L'antenne de service répond aux conditions ci-après :
1. assurer une amélioration objective de l'accessibilité des soins prodigués par le service hospitalier correspondant ;
2. être en liaison fonctionnelle étroite avec le service hospitalier ;
3. disposer de la même équipe de médecins spécialisés pour assurer la continuité des soins dans le service hospitalier et son « antenne », et appliquer les mêmes procédures de prise en charge. Une « antenne de service » peut également être exploitée par un établissement hospitalier ne disposant pas du service hospitalier en question, sur base d'une convention de collaboration interhospitalière avec un établissement hospitalier disposant d'un tel service, dont le projet de service reprend les modalités de cette collaboration.

(8) Un établissement hospitalier ne peut bénéficier des subventions financières étatiques visées à l'article 15 au profit des services hospitaliers qu'à condition de disposer d'une autorisation d'exploitation valable.

Art. 10.

Les normes des services hospitaliers mentionnées aux articles 4 et 5 et qui figurent à l'annexe 2 peuvent être précisées par règlement grand-ducal en ce qui concerne :
1. l'aménagement, l'organisation générale ainsi que le taux d'occupation du service ;
2. les effectifs médicaux requis, les spécialités médicales concernées, les professionnels de santé et leur dotation ;
3. le niveau de continuité de service à respecter ;
4. l'environnement, l'infrastructure et l'architecture requis sur le site hospitalier abritant le service, dont la disponibilité d'autres services et de compétences médicales et professionnelles extérieures au service ;
5. les procédures, les activités ainsi que les modalités de documentation de l'activité et de l'évaluation des résultats d'activité ;
6. la politique d'admission, de transfert et de sortie de patients.

Art. 11.

(1) La première autorisation d'exploitation d'un établissement hospitalier ou d'un service hospitalier, suite à la procédure prévue aux articles 7 et 9, est accordée pour une durée maximale de cinq ans.
(2) Les autorisations mentionnées au paragraphe précédent sont prorogées à chaque fois pour une durée maximale de cinq ans. L'autorisation d'exploitation d'un établissement hospitalier peut être adaptée avant l'échéance de cinq ans. Au cas où un organisme gestionnaire modifie son projet d'établissement ou de service, et que ce changement affecte les conditions de l'autorisation d'exploitation, il sollicite une adaptation de son autorisation d'exploitation avant son délai d'échéance. (3) La demande de prorogation est faite par l'organisme gestionnaire moyennant une lettre recommandée à adresser au ministre au plus tard six mois avant l'échéance de l'autorisation. À l'appui de la demande visée à l'alinéa qui précède, l'organisme gestionnaire doit établir :
1. pour la prorogation de l'autorisation d'exploitation, que l'établissement hospitalier continue à respecter, son projet d'établissement ;
2. pour la prorogation des autorisations de services hospitaliers, que l'établissement hospitalier continue à respecter, toutes les prescriptions des définitions des services mentionnées à l'annexe 2 ainsi que les normes réglementaires fixées conformément à l'article 10.
(4) Sans préjudice du paragraphe 2 et de l'article 12 ci-après et après avoir demandé l'avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier, le ministre peut refuser :
1. l'autorisation d'exploitation d'un établissement hospitalier ou sa prorogation s'il ne respecte plus son projet d'établissement ou s'il ne répond plus aux besoins sanitaires nationaux ;
2. l'autorisation d'exploitation d'un service hospitalier ou sa prorogation s'il ne répond pas aux prescriptions des définitions mentionnées à l'annexe 2, aux normes déterminées conformément à l'article 10 ou aux besoins sanitaires nationaux.
(5) En cas de non-prorogation de l'autorisation d'exploitation d'un établissement hospitalier ou d'un service hospitalier ou de fermeture d'un site hospitalier, le ministre fixe le délai endéans lequel l'établissement hospitalier, le service hospitalier ou le site hospitalier doit être fermé. Ce délai est de deux ans au maximum dans le cas de la fermeture d'un établissement hospitalier ou d'un site hospitalier. Dans le cas d'un service hospitalier, ce délai est d'un an au maximum.
(6) Aux termes des délais visés au paragraphe précédent, l'organisme gestionnaire doit cesser l'exploitation de l'établissement hospitalier, du service hospitalier ou toute activité sur le site hospitalier.

Art. 12.

(1) Lorsqu'il appert, au vu d'un rapport du directeur de la Santé, qu'un établissement ou service hospitalier :
1. ne répond pas aux conditions mentionnées aux définitions de l'annexe 2 ou aux normes déterminées conformément à l'article 10, ou
2. ne dispose pas des autorisations d'exploitation requises en vertu des articles 7 et 9 ;
3. contrevient aux autres dispositions de la présente loi ;
4. ne répond plus aux besoins sanitaires déterminés conformément à l'article 3 ; le ministre met l'organisme gestionnaire de l'établissement concerné en demeure de se conformer aux procédures, définitions et normes dans un délai qu'il fixera et qui sera inférieur à un an.
(2) Passé ce délai et à défaut par l'organisme gestionnaire de s'être conformé aux prescriptions, le ministre peut ordonner endéans les délais prévus à l'article 11, paragraphe 5, la fermeture de l'établissement ou du service après avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier. Ces avis doivent être fournis dans le mois de leur saisine.
(3) Lorsque des raisons urgentes de santé publique le justifient, le ministre, au vu d'un rapport du directeur de la Santé et après avoir entendu l'organisme gestionnaire concerné, peut ordonner, par décision motivée et à titre provisoire, la fermeture immédiate d'un établissement hospitalier ou d'un service hospitalier. Le ministre en informe immédiatement le Collège médical et la Commission

permanente pour le secteur hospitalier. Ceux-ci doivent fournir leurs avis dans un délai d'un mois. Après avoir reçu communication de l'avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier, le ministre prend une décision définitive dans le délai d'un mois. La décision est notifiée à l'intéressé par lettre recommandée.

Art. 13.

L'organisme gestionnaire qui veut cesser l'exploitation totale d'un établissement hospitalier ou d'un service hospitalier doit en aviser au préalable le ministre au moins un an à l'avance. Ce délai peut être abrégé par le ministre à la demande de l'organisme gestionnaire si aucune raison majeure de santé publique ne s'y oppose.

Art. 14.

(1) Les équipements et appareils « utilisés en vue d'une prise en charge médicale »1 , qui soit en raison de leur coût « dépassant 250.000 euros HTVA valeur à neuf, »2 soit en raison du personnel hautement qualifié que leur utilisation requiert, « , soit exigeant des conditions d'emploi particulières, sont réservés aux centres hospitaliers sur leurs sites visés à l'article 4 »1 . (Loi du 29 juillet 2023) « Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale nécessitant une planification nationale sont limités par un nombre maximum. Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières sont déterminés à l'annexe 3. » 1 Remplacé par la loi du 29 juillet 2023. 2 Inséré par la loi du 29 juillet 2023.) « Ne sont pas visés par l'alinéa 1er, les laboratoires d'analyses médicales au sens de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales. »

(2) Tout établissement hospitalier ayant l'intention d'acquérir ou d'utiliser un appareil ou un équipement hospitalier mentionné au paragraphe 1er ou un équipement ou appareil médical dont le coût dépasse 250.000 euros doit soumettre son projet à l'autorisation du ministre qui sollicite l'avis de la Commission permanente pour le secteur hospitalier. La demande d'autorisation doit être accompagnée d'une analyse des coûts et des charges du personnel qui utilise cet équipement ou appareil, des coûts de formation de ce personnel et des coûts d'entretien relatifs à cet équipement ou appareil.

(3) Le choix des établissements hospitaliers dans lesquels peuvent être installés les équipements prévus au paragraphe 1er se fait en fonction d'une activité correspondante adéquate ainsi que de l'attribution des services hospitaliers dont ils relèvent, pour ce qui est des équipements uniques, de la disponibilité d'autres équipements et ressources indispensables ou utiles au fonctionnement de l'équipement à installer.

(4) L'autorisation d'exploitation de chaque établissement mentionnera le lieu d'installation des appareils et équipements visés au paragraphe 1er.

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

Art. 15.

L'État participe à raison de 80 pour cent aux frais des investissements mobiliers et immobiliers des établissements hospitaliers autorisés par le ministre conformément à l'article 17, la Commission permanente pour le secteur hospitalier demandée en son avis et qui ont trait : 1. aux équipements et appareils dont question à l'article 14, paragraphe 1er « , et soumis à planification nationale »1 ; 2. aux projets visés aux points 1. à 3. de l'article 8 : a) lorsqu'un tel projet concerne un centre hospitalier et dépasse un montant de 500.000 euros hors TVA ; b) lorsqu'un tel projet concerne un établissement hospitalier spécialisé mentionné à l'article 5 ou un autre établissement hospitalier mentionné à l'article 6 et dépasse un montant de 250.000 euros hors TVA.

Art. 16.
(1) Sur décision de leurs organismes gestionnaires respectifs, des établissements hospitaliers peuvent mettre en commun des activités et bénéficier à ce titre des subventions prévues à l'article qui précède, lorsqu'ils procèdent à des investissements communs.
(2) L'allocation de l'aide financière pour les projets en commun suit les mêmes règles que pour les projets individuels des établissements hospitaliers, en ce qui concerne la définition des parties subventionnables et des besoins des établissements hospitaliers.
Art. 17.
(1) En vue d'obtenir une subvention conformément aux dispositions qui précèdent, la direction d'un établissement hospitalier doit présenter une demande au ministre. La demande doit être accompagnée des pièces justificatives requises. Elle est instruite par la Commission permanente pour le secteur hospitalier conformément aux dispositions de l'article 22.
(2) Un règlement grand-ducal détermine les modalités détaillées de la procédure de demande, notamment en ce qui concerne : 1. les délais et modalités d'instruction du dossier ; 2. les pièces justificatives à joindre ; 3. une étude des besoins et de l'impact sur le système de santé ainsi que l'étendue et les modalités de cette étude.
(3) La subvention est allouée par décision du ministre.
Art. 18.
(1) Il est institué un fonds pour le financement des infrastructures hospitalières appelé par la suite « fonds », conformément aux articles 76 et 77 de la loi modifiée du 8 juin 1999 sur le budget, la comptabilité et la trésorerie de l'État.
Le fonds est destiné à honorer les engagements pris par l'État conformément à l'article 15, point 2. ainsi qu'à l'article 16, y compris les frais financiers~~**, à condition que chaque établissement hospitalier fasse parvenir au ministre les factures dont il sollicite le remboursement au plus tard dans les six mois à compter de la date de la facture ou de la libération de garantie**~~.
(2) Les subventions pour équipements et appareils nécessitant une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières qui sont sollicitées par les établissements hospitaliers conformément à l'article 15, point 1., sont à charge du budget de l'État et non du fonds.
(3) Le fonds est placé sous l'autorité du ministre et alimenté par des dotations budgétaires annuelles. Les dépenses imputables au fonds font l'objet d'une programmation pluriannuelle par le gouvernement. 1 Inséré par la loi du 29 juillet 2023.
(4) Les subventions prévues à la présente loi sont accordées sur base de conventions signées avec les maîtres d'ouvrage respectifs telles que prévues à l'article 1er, dernier alinéa de la loi modifiée du 21 juin 1999 autorisant l'État à participer au financement de la modernisation, de l'aménagement ou de la construction de certains établissements hospitaliers. Ces conventions prévoient les modalités de contrôle par rapport à la conformité des investissements autorisés et de la liquidation des subventions consenties.
(5) La liquidation, à charge du fonds, des subventions accordées au titre d'un projet d'investissement déterminé est effectuée, le cas échéant, après déduction des avances éventuellement déjà accordées au titre du même projet d'investissement.
(6) Après signature de la convention prévue au paragraphe 4, chaque établissement hospitalier fait parvenir au ministre les factures dont il sollicite le remboursement. Le remboursement des factures payées est à solliciter dans un délai de six mois à compter de la date de paiement ou de la libération de garantie.
Le remboursement des factures payées avant la date de signature de la convention est à solliciter dans un délai de six mois à compter de la date de signature de la convention, sur la base d'un décompte certifié par le réviseur d'entreprises agréé de l'hôpital.
Art. 19.

Pour chaque projet pour lequel la participation étatique visée à l'article 15 dépasse le seuil fixé à l'article 80 de la loi modifiée du 8 juin 1999 sur le budget, la comptabilité et la trésorerie de l'État, une loi spéciale fixe le montant des subventions à charge du fonds à ne pas dépasser.

Art. 20.

(1) Les bénéficiaires des subventions régies par la présente loi perdent les avantages qui leur ont été consentis si, avant l'expiration d'un délai de 5 ans pour les investissements mobiliers et d'un délai de 20 ans pour les investissements immobiliers, à partir de leur octroi, ils : 1. aliènent à titre onéreux, cèdent ou échangent les biens mobiliers ou immobiliers en vue desquels les subventions ont été consenties, ou 2. modifient l'affectation originaire des biens mobiliers ou immobiliers. La perte des avantages est calculée au prorata du temps restant à courir jusqu'à la fin des délais respectifs prévus à l'alinéa 1er.

(2) Sans préjudice des dispositions prévues au paragraphe 1er, les subventions financières restent acquises si les biens mobiliers ou immobiliers continuent d'être affectés à une utilisation poursuivant un objectif de santé publique ou un objectif de service public. (3) L'organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier qui souhaite aliéner à titre onéreux, céder, échanger ou modifier un bien mobilier ou immobilier qui a fait l'objet d'un subventionnement au titre de la présente loi, doit en informer le ministre par lettre recommandée au plus tard trois mois avant l'opération envisagée. (Loi du 29 juillet 2023)

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

Art. 21.

(1) Le commissaire du Gouvernement aux hôpitaux ci-après dénommé le « commissaire » est nommé par le ministre. Pour pouvoir être nommé commissaire, le candidat doit remplir les conditions pour l'admission à l'examen-concours d'admission au stage du groupe de traitement A1.

(2) Les missions du commissaire consistent à :

1. exercer un droit d'information et de contrôle sur l'activité des établissements hospitaliers ainsi que sur leur gestion technique, administrative et financière ;
2. contrôler le respect des dispositions de la présente loi et de ses règlements d'exécution ;
3. contrôler l'affectation des subventions publiques versées au titre de l'article 15 ;
4. faire toute proposition en relation avec une meilleure utilisation des ressources ;
5. faciliter les projets d'intérêt commun ou de mutualisation des établissements hospitaliers. Pour l'exécution de sa mission le commissaire peut requérir l'assistance des services d'un établissement hospitalier. Il a le droit, aussi souvent qu'il le juge utile, de demander rapport aux organes de direction et de gestion des établissements hospitaliers ainsi que de prendre connaissance, même sans se déplacer, des livres, comptes et autres documents des établissements hospitaliers.

(3) Le commissaire « ou son délégué »1 assiste avec voix consultative aux assemblées générales et aux réunions des organismes gestionnaires de tous les établissements hospitaliers. Les avis de convocation contenant l'ordre du jour de ces assemblées et réunions lui sont adressés en même temps qu'aux membres des organes statutaires. Il obtient tous les documents et renseignements fournis à ces membres. Il doit être entendu en ses observations à chaque fois qu'il le demande. Le commissaire suspend l'exécution des décisions d'un organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier, lorsqu'il estime que celles-ci sont contraires aux lois, aux règlements et aux conventions conclues avec l'État. Il fait acter son veto. Si, 1 Inséré par la loi du 18 octobre 2021. dans le mois de la suspension, l'organisme gestionnaire de l'établissement hospitalier visé n'a pas été informé des suites que le

ministre a réservées à ce veto, la suspension est présumée levée et la décision peut être mise à exécution.

Art. 22.

(1) Une Commission permanente pour le secteur hospitalier, ci-après dénommé « Commission », exerce des fonctions consultatives auprès du ministre et du ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions et a pour mission d'aviser :

1. toute modification à la présente loi ;
2. les demandes de subventions financières des établissements hospitaliers telle que prévues aux articles 15 et 16 ;
3. les demandes d'autorisation de création, de modernisation ou d'extension d'un établissement hospitalier conformément à l'article 7 ;
4. les demandes d'autorisation de création, d'extension ou de modernisation d'un service hospitalier conformément à l'article 9 ; 5. les demandes de prorogation des demandes visées aux points 3 et 4 du présent article et ce conformément à l'article 11 ; 6. tous les projets de règlements grand-ducaux qui sont applicables aux établissements hospitaliers ; 7. tout projet de création d'un réseau de compétences conformément à l'article 28.

(2) Dès qu'il apparaît à un maître d'ouvrage qu'un projet de modernisation ou de construction d'un établissement hospitalier financé conformément à l'article 15 dépasse de 5 pour cent le montant global arrêté dans la convention de financement prévue à l'article 18 paragraphe 4, pour autant que ce montant soit supérieur à 50.000 euros, il doit saisir dans les deux mois de cette constatation la Commission qui est demandée une nouvelle fois en son avis sur ce projet avec toutes les pièces justifiant ce dépassement de budget. Le subventionnement de ce dépassement par le fonds est ensuite soumis pour autorisation au ministre.

(3) La Commission peut, de sa propre initiative, proposer aux ministres tous voies et moyens d'ordre sanitaire, financier ou administratif portant amélioration du système et des services hospitaliers. La Commission peut être demandée en son avis par le ministre ou le ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions sur toute question relevant du secteur hospitalier.

(4) La Commission se compose : 1. de deux représentants du ministre dont l'un est le directeur de la Santé ou son représentant ; 2. de deux représentants du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale dont l'un est le directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale ou son représentant ; 3. d'un représentant du ministre ayant dans ses attributions le budget ; 4. de trois représentants de la Caisse nationale de santé dont l'un est le président ou son représentant ; 5. de deux représentants proposés par le groupement le plus représentatif des hôpitaux luxembourgeois ; 6. de deux représentants des professions de la santé dont l'un est médecin proposé par l'association la plus représentative des médecins et médecins-dentistes et l'autre professionnel de santé proposé par le Conseil supérieur de certaines professions de santé. II y a autant de membres suppléants qu'il y a de membres effectifs. Les membres effectifs et suppléants sont nommés pour une durée de cinq ans par arrêté grand-ducal sur proposition du ministre. Le commissaire du Gouvernement aux hôpitaux assiste aux réunions de la Commission avec voix consultative.

(5) La Commission est présidée par le directeur de la Santé ou son représentant. Elle peut se constituer en sous-commissions de travail et s'adjoindre des experts. Les avis de la Commission sont pris dans un délai fixé par le ministre qui ne peut être supérieur à six mois, à la majorité des voix, chaque membre pouvant faire constater son vote au procès-verbal et y faire joindre un exposé de ses motifs. Le vote séparé et l'exposé des motifs sont transmis aux ministres compétents. En cas d'égalité des voix, celle du président est prépondérante. (6) Si les représentants de la Caisse nationale de santé estiment que la décision à prendre comporte des répercussions financières importantes pour l'assurance maladie-maternité, ils peuvent demander une prolongation du délai fixé afin de faire examiner la proposition

soumise par expertise à charge de la Caisse nationale de santé. La prolongation doit être accordée par le ministre et ne saurait être inférieure à trois mois.
(7) Un règlement grand-ducal détermine le fonctionnement de la Commission, les procédures à suivre et l'indemnisation des membres qui n'ont pas le statut d'agent de l'État, y compris celle des experts et du secrétaire administratif. Les frais de fonctionnement et les indemnités des membres de la Commission sont à charge du budget de l'État.

Art. 23.

(1) L'organisme gestionnaire arrête la politique générale, les choix stratégiques et définit les activités de l'établissement. Il exerce le contrôle sur les activités de l'établissement.
(2) Il assume les fonctions suivantes : 1. il engage et licencie le directeur général ; 2. il engage et licencie le directeur médical, le directeur des soins et le directeur administratif et financier sur proposition du directeur général ;
3. il arrête le règlement général de l'établissement hospitalier ;
4. il arrête le budget annuel et les comptes annuels ;
5. il arrête le rapport d'activité ;
6. il approuve les acquisitions, aliénations et échanges d'immeubles ;
7. il approuve les emprunts ;
8. il approuve les dons et legs.
(3) Par organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier, on entend l'organe qui, selon le statut juridique de l'établissement hospitalier, est chargé de la gestion et de l'exploitation de l'établissement.
(4) La gestion et l'exploitation d'un établissement hospitalier autorisé selon les dispositions de la présente loi ne peuvent être assurées que par un seul gestionnaire. Le Conseil médical de l'établissement hospitalier doit être représenté avec au moins une voix délibérative et une voix consultative au sein de l'organisme gestionnaire. La même représentation doit être garantie pour la délégation du personnel au sein de l'organisme gestionnaire sans préjudice des dispositions des articles L.426-1, L.426-2 et L.426-3 et suivants du Code du travail qui s'appliquent aux établissements hospitaliers qui revêtent la forme juridique y visée. (5) Les membres de l'organisme gestionnaire agissent dans l'intérêt de l'établissement hospitalier. Ne peuvent devenir membres d'un organisme gestionnaire le ou les fonctionnaires qui, en vertu de leurs fonctions, sont appelés à surveiller ou à contrôler l'établissement hospitalier ou qui, en vertu des pouvoirs leur délégués, approuvent des actes administratifs ou signent des ordonnances de paiement ou d'autres pièces administratives entraînant une dépense de l'État en faveur de l'établissement hospitalier. Il est interdit à tout membre d'un organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier d'être présent aux délibérations sur des objets auxquels il a un intérêt direct, soit personnellement, soit comme chargé d'affaires ou fondé de pouvoir ou auxquels, son conjoint, son partenaire au sens de l'article 2 de la loi modifiée du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, ses parents ou alliés jusqu'au troisième degré inclusivement ont un intérêt personnel et direct. Cette interdiction s'applique tant aux discussions qu'au vote. Mention en est faite au procès-verbal de la réunion de l'organisme gestionnaire.

Art. 24.

(1) L'organisme gestionnaire adopte le règlement général de l'hôpital. Le règlement général porte sur : 1. les objectifs et les modalités du fonctionnement hospitalier et notamment des actions concourant à une prise en charge globale des patients, à la prévention de la dépendance et à l'amélioration continue de la qualité des prestations hospitalières ; 2. la qualité des prestations globales et spécifiquement celles dans le domaine médical et des soins ; 3. le système d'information, l'utilisation rationnelle et scientifique des médicaments et des équipements ; 4. l'organisation médicale, des soins et administrative ainsi que le mode d'exercice de la médecine, des soins et de leurs disciplines annexes ; 5. l'organigramme et le tableau des effectifs du personnel, les règles concernant l'engagement, l'emploi, le remplacement et les tâches des différentes catégories de personnel ; 6. la politique sociale

et de formation continue du personnel ; 7. le règlement d'ordre intérieur relatif aux dispositions concernant les patients et les visiteurs ; 8. l'organisation et le contrôle de la prévention et du contrôle de l'infection nosocomiale ; 9. les règlements de sécurité et les plans d'intervention pour faire face aux catastrophes et événements analogues ; 10. la prévention et l'élimination des déchets. (2) Les différentes parties du règlement général et leurs mises à jour sont portées à la connaissance du ministre et des personnes concernées par tout moyen approprié. (Loi du 22 décembre 2023) « (3) Pour assurer l'organisation des gardes et astreintes découlant des dispositions relatives aux services hospitaliers prévues à l'annexe 2 ainsi que des règlements d'exécution de la présente loi, l'organisme gestionnaire est indemnisé, à charge du budget de l'État, sur base du nombre d'heures et des taux horaires visés aux alinéas 4, 5 et 6. On entend par « garde », le temps de présence effective des médecins hospitaliers au sein des services hospitaliers concernés. On entend par « astreinte », le temps de disponibilité des médecins hospitaliers sur appel au bénéfice des services hospitaliers concernés. En ce qui concerne les gardes, le nombre d'heures indemnisé est de vingt-quatre heures par jour de garde. En ce qui concerne les astreintes, le nombre d'heures indemnisé est de treize heures allant de dix-huit le soir à sept heures le lendemain matin les jours ouvrables et de vingt-quatre heures les weekends et les jours fériés. Les taux horaires du temps de présence effective et de disponibilité sont fixés respectivement à 10,95 euros et à 4,56 euros et correspondent à la cote 100 de l'indice des prix à la consommation au 1er janvier 1948. »

Art. 25.

(1) Dans chaque hôpital, l'organisme gestionnaire met en place des structures et des mécanismes de gestion des risques, d'évaluation et de promotion de la qualité des prestations, ainsi que de prévention, de signalement et de lutte contre les évènements indésirables, y inclus la prévention et le contrôle des infections nosocomiales.

(2) Tout hôpital fournit au comité national de gestion interhospitalière visé à l'article 28 un rapport annuel portant sur les données et informations recueillies et traitées par le système de signalement, les actions entreprises en matière de lutte contre les évènements indésirables et un rapport biennal portant sur la culture de sécurité des soins dans l'établissement.

Art. 26.

(1) Tout hôpital doit se doter, seul ou en association avec un ou plusieurs autres hôpitaux ou établissements hospitaliers spécialisés, d'un comité d'éthique hospitalier.

(2) L'organisme gestionnaire compose le comité d'éthique de manière à assurer une diversité des compétences tant dans le domaine médical qu'à l'égard des questions éthiques, sociales et juridiques. Il est mis en place par l'organisme gestionnaire de l'hôpital, ou, dans le cas d'un comité compétent pour plus d'un hôpital, par décision conjointe de leurs organismes gestionnaires. Le comité peut comprendre tant des membres extérieurs à l'hôpital que des membres attachés à celui-ci.

(3) Le comité d'éthique hospitalier a pour attribution : 1. de fournir, en l'absence de disposition de fin de vie ou de directive anticipée une aide à la décision au patient ou à ses proches, si le patient n'est plus en état de s'exprimer, ainsi qu'aux médecins traitants hospitaliers, chaque fois qu'une pluralité de démarches peut être envisagée du point de vue médical et que le choix entre elles donne lieu à des dilemmes éthiques ; 2. de préparer des orientations internes à l'hôpital pour autant qu'elles concernent des questions d'éthique. Tout membre du personnel ainsi que tous les médecins exerçant à l'hôpital peuvent émettre des suggestions au comité d'éthique hospitalier en vue de l'établissement de ces orientations internes. (4) Dans l'exercice de sa mission définie sous 1. au paragraphe qui précède, le comité d'éthique émet ses avis en toute indépendance de l'organisme gestionnaire et de la direction de l'hôpital. Ces avis sont confidentiels et non contraignants. Le comité d'éthique est en droit d'obtenir communication des éléments médicaux et autres du dossier du patient concerné dont il a besoin pour se prononcer en connaissance de cause.

Art. 27.

(1) Aucun essai, étude ou expérimentation clinique ne peut être pratiqué sur l'être humain en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales sans autorisation préalable du ministre, les avis de la Direction de la santé et du Comité national d'éthique de recherche ayant été demandés au préalable.
(2) Le Comité national d'éthique de recherche est composé, outre d'une majorité de personnes ayant des compétences en médecine, en pharmacie, en biologie ou en chimie, de personnes ayant des compétences dans les domaines éthique, social ou juridique. Les membres du comité sont nommés par le ministre. La proportion des membres du comité de chaque sexe ne peut être inférieure à quarante pour cent. L'organisation et le fonctionnement du Comité national d'éthique de recherche, le montant précis des taxes à percevoir ainsi que l'indemnisation de ses membres qui n'ont pas le statut d'agent de l'État, font l'objet d'un règlement grand-ducal.
(3) Le Comité national d'éthique de recherche émet ses avis en toute indépendance. Si et dans la mesure où l'avis du Comité national d'éthique de recherche n'est pas favorable au projet ou le soumet à des conditions ou restrictions jugées inacceptables par le promoteur de la recherche, celui-ci ne peut passer outre qu'après en avoir référé au ministre, dont la décision est contraignante pour le promoteur de la recherche et l'investigateur. Ni l'avis du comité ni la décision du ministre ne dégagent le promoteur de la recherche ou l'investigateur de leur responsabilité.
(4) Le promoteur ou, à défaut l'investigateur, souscrit une assurance couvrant sa responsabilité et celle de tous les intervenants. Une taxe d'un montant maximal de 2.000 euros est due pour toute demande d'autorisation en vue de la décision visée au paragraphe 1er. Une taxe d'un montant maximal de 600 euros est également due en cas de demande de modification ou de renouvellement de l'autorisation. Une taxe d'un montant maximal de 20 euros est due en cas d'établissement d'un duplicata du document attestant les autorisations visées aux alinéas précédents. La taxe est à acquitter moyennant un versement ou un virement sur un compte bancaire de l'Administration de l'enregistrement et des domaines, comprenant indication de l'identité du requérant ainsi que l'objet du virement ou versement. La preuve de paiement est à joindre à la demande et constitue une pièce obligatoire du dossier.

Art. 28.

(1) Un « réseau de compétences » est une entité organisationnelle qui rassemble à l'intérieur d'un ou de plusieurs établissements hospitaliers des ressources d'un ou de plusieurs services, assurant une prise en charge interdisciplinaire intégrée de patients présentant une pathologie ou un groupe de pathologies, garantissant le respect de critères de qualité élevés par tous les intervenants et la prise en compte des avancées médicales et scientifiques les plus récentes. Les réseaux de compétences peuvent inclure des prestataires extrahospitaliers, institutionnels et individuels, y compris les ressources d'un ou de plusieurs établissements de recherche. Ils peuvent exercer, outre leur mission de diagnostic et de soins, une mission de recherche et d'enseignement.
(2) Des réseaux de compétences pourront être créés afin d'assurer la prise en charge interdisciplinaire des patients atteints des pathologies ou groupes de pathologies suivants :
1. accidents vasculaires cérébraux (1) ;
2. cancers intégrant le service de radiothérapie (2) ;
3. affections rachidiennes à traitement chirurgical (1) ;
~~**4. diabète et obésité morbide de l'adulte (1) ;**~~
~~**5. diabète et obésité morbide de l'enfant (1) ;**~~
4. diabète et obésité avec comorbidité de l'adulte (1) ;
5. diabète et obésité avec comorbidité de l'enfant (1) ;
6. immuno-rhumatologie de l'adulte et de l'enfant (1) ;
7. maladies psychosomatiques (1) ;
8. douleur chronique (1) ;

9. maladies neuro-dégénératives (1).
(3) La demande d'autorisation est introduite par au moins deux hôpitaux sous forme d'un projet de réseau de compétences auprès du Comité de gestion interhospitalière mentionné au paragraphe 5. Tous les hôpitaux traitant la pathologie ou le groupe de pathologies en question peuvent y participer.
(4) Ce projet précise :
1. les disciplines médicales impliquées, le domaine d'activité médicale projeté ;
2. les objectifs quantitatifs et qualitatifs visés ;
3. les ressources et équipements à y affecter spécifiquement pour atteindre ces objectifs, y inclus le nombre de lits et d'emplacements dans le ou les établissements abritant le réseau ;
4. les modalités d'organisation médicale et soignante et de gestion du réseau ;
5. les qualifications et compétences déterminant les modalités d'agrément des médecins et, le cas échéant, d'autres professionnels de santé collaborant dans le réseau ;
6. l'organisation et les moyens mis en place pour assurer la continuité des prises en charge afférentes, conformes aux acquis de la science ;
7. la composition et la mission du Conseil scientifique ;
8. le contenu minimal du rapport d'activité annuel ;
9. les modalités d'évaluation et d'assurance qualité des prestations ;
10. le cas échéant, les activités de recherche et d'enseignement envisagées. Chaque projet de réseau de compétences doit être accompagné d'un Conseil scientifique. Le projet de réseau de compétences ne peut être soumis au ministre que si au moins la moitié des membres du Comité de gestion interhospitalière visé au paragraphe 5 y donnent un avis favorable.
(5) Il est créé un Comité de gestion interhospitalière qui est composé des membres suivants : 1. quatre membres désignés par les directions des hôpitaux ; 2. deux représentants des conseils médicaux ; 3. deux représentants du Conseil supérieur de certaines professions de santé ; 4. un représentant du ministre ; 5. un représentant du ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions ; 6. un membre représentant les établissements de recherche ; 7. le directeur de la Santé ou son représentant ; 8. un représentant de l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie ; 9. en cas de discussion d'un projet de réseau de compétences, un représentant de l'association des patients la plus représentative de la pathologie visée. (6) Il y a autant de membres suppléants qu'il y a de membres effectifs. Les membres effectifs et suppléants sont nommés pour une durée de cinq ans renouvelable par arrêté grand-ducal sur proposition du ministre. Le Président du comité est nommé par arrêté grand-ducal parmi ses membres sur proposition du ministre. La proportion de chaque sexe des membres du comité ne peut être inférieure à quarante pour cent. Le commissaire du Gouvernement aux hôpitaux assiste comme observateur aux réunions du comité. Le comité peut s'adjoindre les experts qu'il estime nécessaire.
(7) Le comité a pour mission de : 1. soutenir les établissements hospitaliers dans l'élaboration des projets de réseaux de compétences et d'aviser leur projet de réseau ; 2. de retenir les modalités organisationnelles des réseaux de compétences ; HÔPITAUX 3. de proposer les modalités de collaboration entre les services nationaux et les différents hôpitaux ; 4. d'élaborer des projets de mutualisation interhospitalière ;
5. de proposer les modalités de collaboration des médecins exerçant dans les réseaux de compétences et dans les services nationaux ; 6. de définir le système d'assurance qualité des prestations hospitalières, d'assurer la coordination nationale de la politique de promotion de la qualité des prestations hospitalières dans les établissements hospitaliers et d'en dresser un état dans un rapport annuel.
(8) Les modalités relatives à la coordination de la politique de promotion de la qualité des prestations hospitalières et à la coordination des structures mises en place dans les établissements hospitaliers conformément à l'article 25, ainsi que les indemnités des membres du comité qui n'ont pas le statut d'agent de l'État, y compris celle des experts, sont définies par règlement grand-ducal. Le comité a

accès, sous une forme dépersonnalisée, aux données et informations nécessaires à l'exécution de ses missions. Un règlement d'ordre intérieur détermine les modalités de fonctionnement du comité. (9) L'autorisation d'exploitation d'un réseau de compétences délivrée par le ministre mentionnera les sites hospitaliers et les services hospitaliers faisant partie du réseau de compétences. La première autorisation d'exploitation et les prolongements successifs de l'autorisation d'exploitation d'un réseau de compétences sont valables pour une durée de cinq ans. L'autorisation d'exploitation d'un réseau de compétences est à chaque fois prorogée pour une durée de cinq ans, à condition que les établissements hospitaliers faisant partie du réseau de compétences adressent une lettre recommandée dans un délai de six mois avant l'échéance de l'autorisation au ministre confirmant qu'ils respectent toujours leur projet de réseau de compétences. Sans préjudice de l'alinéa précédent, le ministre ne peut refuser la prorogation de l'autorisation d'exploitation d'un réseau de compétences que si ce dernier ne respecte plus son projet de réseau de compétences ou qu'il ne corresponde plus aux besoins sanitaires nationaux. En cas de non-prorogation de l'autorisation d'exploitation d'un réseau de compétences, le ministre fixe le délai endéans lequel le réseau doit être fermé. Ce délai est au maximum de deux ans.

Art. 29.

(1) Dans chaque hôpital la direction est confiée à un directeur général, nommé par l'organisme gestionnaire et exclusivement responsable devant celui-ci. (2) Le directeur général de tous les hôpitaux, à l'exception de celui des hôpitaux visés à l'article 5, paragraphes 4 et 5 doit disposer d'une autorisation d'exercer la médecine au sens de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire. Le directeur général doit aussi pouvoir se prévaloir d'une formation certifiée en gestion hospitalière et d'une expérience de deux années au moins dans le domaine de la gestion hospitalière.

(3) Le directeur général est lié à l'hôpital par un contrat de louage de services. En cas d'empêchement ou de vacance de poste de directeur général, ses fonctions sont exercées temporairement par un des directeurs visés à l'article 31 à désigner par l'organisme gestionnaire.

Art. 30.

(1) Le directeur général veille à ce que la continuité des missions imparties à l'hôpital soit assurée pendant toute la durée de la présence des patients faisant appel à ses services.

(2) Le directeur général est chargé d'exécuter les décisions de l'organisme gestionnaire et de régler toutes les affaires lui dévolues par celui-ci. Il assure la gestion journalière de l'établissement et organise son fonctionnement. L'organisme gestionnaire définit les attributions du directeur général devant lui permettre d'assumer la mise en œuvre de ses missions. Le directeur général rend compte à l'organisme gestionnaire de sa gestion et sur les activités de l'établissement.

(3) Les fonctions de directeur général sont incompatibles avec celle de membre de l'organisme gestionnaire.

Art. 31.

(1) Dans les hôpitaux de plus de 200 lits, le directeur général est assisté par un directeur des soins, un directeur médical ainsi qu'un directeur administratif et financier. Le directeur général est le chef hiérarchique du directeur médical, du directeur des soins et du directeur administratif et financier de l'établissement. En cas d'empêchement ou de vacance de poste visé à l'alinéa 1er de ce paragraphe, les fonctions de ceux-ci sont exercées par le directeur général de l'établissement. Les directeurs des soins, médical ainsi qu'administratif et financier répondent de leur gestion au directeur général. (2) Chaque hôpital de plus de 200 lits est structuré en trois départements: un département médical, un département des soins et un département administratif et technique. Le département médical se trouve sous l'autorité du directeur médical, le département des soins sous l'autorité du directeur des soins et le département administratif et technique sous l'autorité du directeur administratif et financier. Un Conseil de direction comprenant tous les directeurs est institué en vue de la coordination

de l'activité hospitalière. Le Conseil de direction et le Conseil médical visés à l'article 32 se réunissent au moins six fois par an afin de se concerter sur toutes les questions relatives à l'organisation médicale.
(3) Le directeur médical doit être médecin. Il a pour mission de mettre en place, sous l'autorité du directeur général auquel il rapporte, la politique médicale générale définie par l'organisme gestionnaire et les actions décidées en Conseil de direction pour le département médical. Il participe à la conception et au pilotage du projet médical d'établissement.
(4) Le directeur médical propose à l'instance dotée du pouvoir de nomination les engagements, les agréments ou révocations de médecins. Ces propositions ne pourront se faire qu'après avoir entendu le Conseil médical en son avis.
(5) Le directeur médical s'assure, assisté par le médecin-coordinateur concerné et dans le respect des compétences légales et réglementaires attribuées au Conseil médical, de la bonne application du règlement général ainsi que des prescriptions de l'article 33. Il est assisté par les médecins-coordinateurs pour définir les objectifs à atteindre en relation avec le projet médical d'établissement et les efforts de standardisation des procédures thérapeutiques et de matériel médical.
(6) Des médecins-coordinateurs, nommés par l'organisme gestionnaire, participent au sein du département médical et sans préjudice des attributions de la direction médicale, au développement et à la coordination de l'activité médicale d'un service ou d'un groupement de services hospitaliers conformément aux objectifs du ou des projet(s) de service afférents et aux orientations du projet d'établissement.
(7) Ils assurent des fonctions de coordination et de planification de l'activité médicale du ou des service(s) et veillent : 1. au bon fonctionnement du ou des services et à la qualité des prestations ; 2. à la standardisation de la prise en charge des patients ; 3. à l'utilisation efficiente des ressources disponibles. Ils exercent leurs missions en collaboration avec le responsable des soins et le pharmacien responsable. (8) Les médecins-coordinateurs disposent dans l'exercice de leurs missions d'un droit de regard sur l'activité de tous les intervenants du ou des services. (9) Un règlement grand-ducal précise le statut, les missions et les attributions des médecins-coordinateurs, ainsi que les modalités de leur désignation.

Art. 32.

(1) Chaque hôpital dispose d'un Conseil médical. Le Conseil médical est l'organe représentant les médecins, les pharmaciens et les chefs de laboratoire exerçant à l'hôpital, par lequel ceux-ci peuvent collaborer à la prise de décision à l'hôpital. Les membres du Conseil médical sont élus par les médecins exerçant à l'hôpital ainsi que par les pharmaciens et chefs de laboratoire. Le Conseil médical fait régulièrement rapport sur l'exécution de son mandat devant l'assemblée de ses électeurs convoquée à cet effet.
(2) Le Conseil médical veille à la discipline des professionnels qu'il représente, au respect des dispositions légales et réglementaires et des règles de déontologie les concernant ainsi qu'aux bonnes relations entre les médecins, les pharmaciens et les chefs de laboratoire, sans préjudice des attributions du Collège médical, du directeur général et directeur médical. Le Conseil médical est appelé à donner son avis sur les questions suivantes : 1. le règlement général ; 2. le budget prévisionnel de l'établissement, le bilan et les comptes de profits et pertes ; 3. les projets de constructions, grosses réparations et transformations ; 4. les créations, transformations ou suppressions de services médicaux ou médico-techniques ; 5. l'acquisition des appareils et équipements visés à l'article 14 paragraphe 1er ; 6. l'agrément ou la nomination des médecins, des chefs de laboratoire et des pharmaciens ; 7. la composition et le fonctionnement du comité d'éthique hospitalier.
(3) Le Conseil médical peut en outre, de sa propre initiative, soumettre au directeur médical, qui les transmet à l'organisme gestionnaire, des avis ou propositions concernant toute question en rapport avec l'organisation médicale ou pharmaceutique de l'établissement ou ayant une influence sur l'exercice de la médecine à l'établissement.

(4) Le Conseil médical peut émettre un avis renforcé lorsque les questions lui soumises pour avis par l'organisme gestionnaire concernent : 1. les dispositions du règlement général relatives à l'organigramme structurel du département médical et à la composition du Conseil médical ; 2. la nomination du directeur médical ; 3. la nomination des médecins responsables de service ; 4. les méthodes de contrôle de qualité de l'activité médicale ; 5. le licenciement ou le retrait d'agrément d'un médecin hors motif grave. Lorsque cet avis a été pris à la majorité des deux tiers des membres votants du Conseil médical et que le gestionnaire ne peut s'y rallier, ce dernier ne peut prendre de décision en la matière que suivant la procédure prévue au paragraphe 6.
(5) Sous réserve des avis renforcés qui sont toujours donnés par écrit, les avis du Conseil médical peuvent être soit donnés par écrit, soit exprimés oralement au cours d'une réunion de l'organisme gestionnaire. Ils doivent être donnés dans un délai d'un mois à partir de la saisine du Conseil médical, sauf si un autre délai a été convenu entre le gestionnaire et le président du Conseil médical. Les résolutions du Conseil médical sont arrêtées à la majorité des voix. En cas de partage des voix, les membres dissidents peuvent donner un avis séparé. Le résultat du vote est joint à l'avis.
(6) Si l'organisme gestionnaire ne peut pas, dans les cas prévus au paragraphe 4, se rallier à l'avis renforcé émis par le Conseil médical, il se concerte préalablement à toute décision avec ce dernier. Si cette concertation n'aboutit pas à un accord, les parties procèdent d'un commun accord à la désignation d'un médiateur. Si elles ne peuvent pas se concilier sur la personne du médiateur, celui-ci est désigné par le directeur de la Santé. La prise de décision de l'organisme gestionnaire est suspendue à partir de la désignation du médiateur et jusqu'à l'aboutissement de la procédure de médiation, sans que le délai de suspension puisse dépasser trois mois. Le médiateur soumet une proposition de médiation aux parties. Si aucun accord n'est trouvé, l'organisme gestionnaire prend la décision finale qui sera motivée et consignée au procès-verbal de la réunion. Un règlement grand-ducal arrête les règles relatives aux modalités d'élection des membres, à la désignation du président et de son délégué, à la durée des mandats et au fonctionnement du Conseil médical.

Art. 33.

(1) Le médecin hospitalier exerce son activité à titre principal ou accessoire dans un ou plusieurs services hospitaliers. Il respecte les dispositions du règlement général visé à l'article 24 et du règlement interne du ou des services auxquels il est attaché selon l'organigramme de l'établissement hospitalier, ainsi que toute procédure interne et directive du directeur médical qui le concerne dans son exercice. Les procédures de l'établissement impliquant une utilisation rationnelle et scientifique des pratiques médicales ou des thérapies et dispositifs médicaux sont motivées et prises en concertation avec le Conseil médical.
(2) Il tient compte des recommandations et respecte les décisions du Comité d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières visé à l'article 25, paragraphe 1er et participe activement au système de signalement et de surveillance mis en place conformément à l'article 25, paragraphe 2.
(3) Il participe à la continuité des soins et des gardes, y compris, le cas échéant, des réseaux de compétences au sein desquels il exerce son activité hospitalière en coordination étroite avec l'organisation générale de l'hôpital. Il respecte le plan de service établi notamment en vue d'assurer la permanence médicale dans l'établissement pendant le temps où celui-ci est de garde.
(4) Il utilise de manière efficiente les ressources disponibles.
(5) Il tient à jour le dossier du patient conformément aux prescriptions légales et réglementaires. Il tient à jour un relevé par patient comportant les interventions et examens et établit le diagnostic principal et les diagnostics auxiliaires suivant les classifications mentionnées à l'article 38. Il inscrit les codes dans le dossier du patient.
(6) Sans préjudice des prescriptions établies par les paragraphes qui précèdent, le médecin exerce sa profession sans lien de subordination sur le plan médical, sous sa propre responsabilité. Les décisions

individuelles prises par le médecin dans l'intérêt du patient relèvent de la liberté thérapeutique. L'établissement hospitalier n'intervient pas dans la relation individuelle du médecin avec son patient.
(7) Les médecins libéraux agréés à un établissement hospitalier y exercent sur base d'un contrat de collaboration. Ce contrat doit correspondre à un contrat-type, dont le contenu minimal est arrêté d'un commun accord entre l'association la plus représentative des médecins et les groupements des hôpitaux prévus à l'article 62 du Code de la sécurité sociale. A défaut d'accord endéans les 12 mois, le ministre peut en arrêter le contenu. Le modèle de contrat-type de collaboration une fois arrêté fait, à l'initiative du ministre, l'objet d'une publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg. Le contenu essentiel du contrat-type de collaboration entre un établissement hospitalier et les médecins libéraux y agréés comprend :
1. son objet et les activités médicales que le médecin exerce dans l'établissement hospitalier ;
2. le respect des objectifs de qualité et de sécurité arrêtés par l'établissement hospitalier conformément au règlement général de l'établissement et aux considérations du Comité de gestion interhospitalière ;
3. la durée du contrat et ses règles de prorogation ;
4. les conditions d'accès aux unités de soins ainsi que les conditions d'utilisation rationnelle et scientifique des équipements médico-techniques et des infrastructures ;
5. les modalités de gestion des absences des médecins ;
6. l'obligation pour le médecin de souscrire une assurance responsabilité civile ;
7. les modalités de résolution extra-judiciaire des conflits entre les établissements hospitaliers et les médecins ; 8. les modalités d'application pratiques des droits et obligations prévus aux paragraphes 1er à 6 du présent article et les conséquences sur le contrat de collaboration en cas de non-respect par l'une des parties contractantes de ces prescriptions et ce dans le respect des procédures applicables à l'article 32.

Art. 34.

Les dispositions des articles L.421-1 et suivants du Code du travail relatifs aux comités mixtes dans les entreprises du secteur privé et organisant la représentation des salariés dans les sociétés anonymes sont applicables aux établissements hospitaliers.

Art. 35.

(1) La pharmacie hospitalière, obligatoire dans les hôpitaux, fonctionne sous l'autorité et la surveillance d'un pharmaciengérant. Les pharmaciens y organisent une activité hospitalière de pharmacie clinique.
(2) Elle peut fonctionner sous forme d'un service intégré à l'établissement hospitalier ou être assurée à travers une structure interne réduite associée à une structure externe à l'établissement hospitalier, de façon à garantir la continuité des soins et les besoins urgents de l'établissement hospitalier. La structure externe à l'établissement hospitalier peut être une pharmacie hospitalière intégrée à un autre établissement hospitalier ou une structure à part commune à plusieurs établissements hospitaliers.
(3) Un règlement grand-ducal détermine les conditions auxquelles la pharmacie hospitalière ou la structure à part doit répondre, en ce qui concerne :
1. les exigences et modalités d'organisation et d'aménagement, y inclus les surfaces et équipements minimaux requis ;
2. les exigences et conditions auxquelles le pharmacien-gérant, les pharmaciens-assistants et le personnel doivent répondre, ainsi que leur statut et leurs attributions ;
3. les conditions et exigences minimales du stock pharmaceutique ;
4. la préparation, la division, le conditionnement et le reconditionnement des médicaments et autres produits relevant de la pharmacie hospitalière, dans des conditions de sécurité et de qualité optimales, en assurant leur traçabilité ;

5. les catégories de médicaments ou autres produits relevant de la pharmacie hospitalière qui peuvent être délivrés à des patients ne séjournant pas à l'hôpital, ainsi que les modalités et conditions sous lesquelles la délivrance peut se faire.

Art. 36.

(1) Chaque hôpital dispose d'un laboratoire d'analyses de biologie médicale suivant les conditions et modalités de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales et de ses règlements d'exécution.

(2) L'exploitation du laboratoire d'analyses de biologie médicale hospitalier visé au paragraphe 1er est assurée soit par un service faisant partie de l'hôpital soit par une structure commune à plusieurs hôpitaux. (3) Toute analyse de biologie médicale prélevée dans le cadre d'une prise en charge médicale concomitante en policlinique ou sur un plateau médico-technique de l'hôpital ou de l'établissement hospitalier et effectuée par le laboratoire hospitalier de cet hôpital ou établissement est considérée comme prestation du secteur hospitalier au sens de l'article 74, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale.

(4) Lorsque, pour des raisons techniques, d'équipement ou de qualification un laboratoire hospitalier ne peut pas effectuer des analyses, il peut déléguer la phase analytique ou post-analytique d'analyses de biologie médicale relevant du secteur hospitalier, conformément aux dispositions de la loi modifiée du 16 juillet 1984 précitée, à un autre laboratoire d'analyses de biologie médicale hospitalier. Lorsque ces phases ne peuvent pas être assurées en milieu hospitalier, elles peuvent être déléguées vers un laboratoire d'analyses biologiques relevant du secteur extrahospitalier.

Art. 37.

(1) Pour les hôpitaux un dossier patient individuel du patient hospitalier retrace, de façon chronologique et fidèle, l'état de santé du patient et son évolution au cours de la prise en charge. Il comporte les volets médical, de soins et administratif et renseigne toute information pertinente pour la sécurité et l'évolution de l'état de santé du patient. Le contenu minimal du dossier individuel du patient hospitalier et du résumé clinique de sortie est déterminé par règlement grand-ducal, l'avis de la Commission nationale pour la protection des données ayant été demandé. Ce règlement grand-ducal peut aussi fixer le format, les standards et les normes à utiliser aux fins d'assurer l'interopérabilité du dossier individuel du patient hospitalier et l'établissement du résumé clinique de sortie et de ses éléments, de faciliter la tenue de bases de données communes standardisées, de tableaux de bord, et de permettre à l'aide de techniques d'anonymisation la conservation et l'extraction des données relatives au fonctionnement, à la performance et à la gestion du système de santé ainsi qu'à des fins statistiques, de recherche et d'amélioration continue.

(2) Sans préjudice des dispositions particulières de la présente loi et de ses règlements d'exécution, les dispositions de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient s'appliquent au dossier individuel du patient hospitalier.

(3) A la sortie de l'établissement hospitalier, il est établi un résumé clinique par le ou les médecin(s) traitant(s). Si la codification d'éléments du dossier patient aux fins de leur utilisation secondaire ultérieure légitime est déléguée à un tiers encodeur disposant des qualifications nécessaires, les informations pertinentes lui sont transmises par les intervenants de façon à ce que la codification puisse être faite fidèlement et sans délai.

(4) Le directeur général de l'établissement hospitalier veille à l'observation des prescriptions prévues par le présent article. Il prend les mesures organisationnelles requises pour prévenir tout accès illicite au dossier et assurer le respect des droits du patient à l'égard de son dossier conformément à la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient.

Art. 38.

(1) Tout hôpital procède à l'analyse quantitative et qualitative de son activité. Cette analyse repose sur les données administratives, médicales et de soins, produites pour chaque séjour en hospitalisation stationnaire ou de jour.
(2) Ces données concernent en particulier : 1. les diagnostics des affections ayant motivé l'hospitalisation, y compris les diagnostics des affections ayant eu une influence sur la prise en charge hospitalière ; 2. les interventions, les examens médicaux et les prestations des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge ; 3. les prescriptions ; 4. le service et, le cas échéant, l'unité de soins où le patient a été pris en charge et où ces prestations ont été dispensées ; 5. les dates et horaires de l'admission, de la sortie et des prestations médicales dispensées tout au long du séjour ; 6. le mode d'entrée, la provenance, le mode de sortie et la destination du patient.
(3) La production de ces informations repose sur les éléments du dossier individuel du patient hospitalier et sur le résumé clinique de sortie, établi pour tout patient pris en charge dans un service d'hospitalisation stationnaire ou d'hospitalisation de jour. Les médecins agréés ou salariés ainsi que les professionnels de santé des établissements hospitaliers transmettent ce dossier au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement hospitalier. Les médecins agréés ou salariés des établissements hospitaliers encodent les actes ainsi que les examens prestés par eux et les diagnostics qu'ils établissent selon la méthodologie retenue. Ils rapportent de même les codes de facturation de leurs honoraires médicaux relatifs à ces actes et examens.
(4) Afin de mettre l'établissement hospitalier en mesure de produire ces informations, de constituer des bases de données nécessaires aux fins de l'analyse de son activité, de réponse aux exigences de l'article 3, un service d'information médicale est créé dans tout établissement hospitalier visé à l'article 1er, paragraphe 3, points 1. à 3.. Ce service procède à la collecte ainsi qu'au traitement des données administratives, médicales et de soins nécessaires à la documentation des séjours stationnaires et de jour. (5) Les diagnostics et les interventions et examens médicaux sont codés suivant les classifications ICD-10-CM et ICD-10-PCS mises à disposition par le ministre, dans le respect des consignes de bonnes pratiques de codage établies par la commission consultative de la documentation hospitalière.
(6) Le service de documentation médicale est dirigé par un médecin responsable de la documentation médicale, qui est nommé par l'organisme gestionnaire. Ce médecin est engagé sous le statut de salarié et fait partie du département médical. Il peut déléguer les activités de codage à des tiers encodeurs au sein de son service. Dans le respect du secret médical et des droits des patients, le service de documentation médicale a pour mission : 1. la collecte des données administratives, médicales et de soins relatives à l'ensemble des séjours hospitaliers stationnaires et ambulatoires ; 2. le traitement de ces données et la production de tableaux de bord en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins ; 3. l'assurance de la qualité des données produites ; 4. la transmission d'informations structurées relatives à ces séjours hospitaliers vers les administrations de la santé et de la sécurité sociale, selon des formats et des modalités à fixer par règlement grand-ducal ; 5. la conservation des données produites pendant une durée de 10 ans. Un règlement grand-ducal fixe les normes ayant trait à l'organisation générale, la dotation en personnel et les procédures de documentation que le service de documentation médicale doit respecter.
(7) Il est institué, sous l'autorité du ministre et du ministre de la Sécurité sociale, une Commission consultative de la documentation hospitalière qui a pour mission d'assurer au niveau national le suivi du système de documentation médicale hospitalière et d'élaborer des bonnes pratiques de codage. La commission peut de sa propre initiative, proposer aux ministres tous voies et moyens d'ordre financier ou administratif portant amélioration du système. La commission peut être demandée en son avis par le ministre ou le ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions sur toute question relevant de la documentation médicale hospitalière. La commission se compose : 1. d'un représentant du ministre ; 2. d'un représentant du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale ; 3. d'un

représentant de la Direction de la Santé ; 4. d'un représentant de la Caisse nationale de santé ; 5. d'un représentant du groupement le plus représentatif des hôpitaux luxembourgeois ; 6. d'un représentant de l'association la plus représentative des médecins et médecins-dentistes ; 7. d'un représentant du Conseil supérieur de certaines professions de santé. Il y a autant de membres suppléants qu'il y a de membres effectifs. La présidence de la commission est assurée par le représentant de la Direction de la santé, la vice-présidence par le représentant du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. Elle peut constituer des sous-groupes de travail en y incluant des experts. Un règlement grand-ducal détermine le fonctionnement de la commission et des sous-groupes de travail, les procédures à suivre et l'indemnisation des membres qui n'ont pas le statut d'agent de l'État y compris celle des experts et du secrétaire administratif. Les frais de fonctionnement et les indemnités des membres de la commission et des sous-groupes de travail sont à charge du budget de l'État.

Art. 39.

(1) Chaque patient reçoit, lors de son admission dans un établissement hospitalier, une information par écrit sur ses droits et ses devoirs, ainsi que sur les conditions générales de son séjour. (2) Cette information porte en outre sur les mécanismes de traitement d'une éventuelle plainte et les possibilités de résolution de celle-ci par la voie de la médiation. Elle inclut les modalités pratiques de saisine du service national d'information et de médiation santé.

Art. 40.

(1) Dans chaque établissement hospitalier, l'organisme gestionnaire met en place un mécanisme de traitement et de ventilation des suggestions, doléances et plaintes lui adressées.

(2) Le gestionnaire des plaintes peut être saisi par le patient, ou la personne qui le représente dans l'exercice des droits du patient conformément aux articles 12 à 14 de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, ainsi que, après le décès du patient, par l'une des personnes disposant conformément à l'article 19 de la prédite loi d'un droit d'accès au dossier et aux données relatives à la santé du défunt. La saisine peut se faire par une réclamation écrite ou moyennant une déclaration orale faite dans une des langues prévues à l'article 3 de la loi du 24 février 1984 sur le régime des langues.

(3) Sur mandat écrit du patient ou de la personne qui le représente, le directeur général de l'établissement hospitalier, le gestionnaire des plaintes et tout autre collaborateur délégué à cet effet par le directeur général est en droit de requérir et d'obtenir communication de tous les éléments pertinents en rapport avec le traitement du dossier dont il a été saisi, notamment les éléments médicaux, soignants ou administratifs du dossier patient. Il peut prendre tous les renseignements utiles auprès des organismes de sécurité sociale ou d'autres administrations.

Art. 41.

(1) Le directeur de la Santé instruit toute plainte faisant état d'un manquement général ou du fonctionnement défectueux d'un service hospitalier.

(2) La plainte peut émaner d'un patient, d'une association ayant la défense des intérêts du patient dans ses missions ou d'un prestataire de soins de santé. La plainte peut par ailleurs émaner d'une personne représentant valablement le patient conformément aux dispositions de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient. Après le décès du patient elle peut émaner des personnes disposant, conformément à l'article 19 de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, d'un droit d'accès au dossier et aux données relatives à la santé du défunt.

(3) Dans l'exercice de sa mission d'instruction, le directeur de la Santé ou le fonctionnaire de sa direction délégué par lui à cet effet a notamment accès aux dossiers individuels du patient hospitalier dont question à l'article 37.

(4) Le directeur de la Santé informe le plaignant, le directeur général de l'établissement et le ministre du résultat de son instruction. Art. 42. Dans chaque hôpital, le règlement d'ordre intérieur contient les dispositions nécessaires pour garantir la sécurité des patients et des visiteurs. Il précise notamment

les heures et modalités de visite auprès des patients. Art. 43. L'identité et la qualification des prestataires de soins et de services hospitaliers doivent être facilement connaissables à tout moment par les patients avec lesquels ceux-ci sont en contact.

Art. 44.

(1) Un recours est ouvert auprès du tribunal administratif contre toute décision de refus ou de fermeture définitive prise en vertu de la présente loi ainsi que contre la décision de mise en demeure dont question à l'article 12. (2) Le recours doit être introduit, sous peine de forclusion, dans le délai de trois mois à partir de la notification de la décision. Le tribunal administratif statue comme juge du fond.

Art. 45.

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

(2) Est punie d'une amende de 5.000 à 100.000 euros, la personne physique ou morale qui contreviendra au dernier paragraphe de l'article 1er.

(3) Sont punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de 251 à 5.000 euros ou d'une de ces peines seulement : 1. toute personne qui, responsable d'organiser le service d'urgences d'un hôpital ou chargée de participer à cette organisation, refuse ou omet de prendre ou faire prendre tout ou partie des mesures ou dispositions nécessaires pour assurer le fonctionnement normal de ces services ; 2. toute personne qui, tenue ou chargée de participer au service d'urgences d'un hôpital ou d'un service de garde, refuse ou omet d'assurer ce service ou de remplir sans retard tout ou partie des devoirs que l'exécution normale exige. En cas de récidive dans le délai de deux ans après une condamnation définitive à une peine d'emprisonnement du chef d'une infraction au présent article, les peines prévues peuvent être portées au double du maximum. (Loi du 29 juillet 2023)

« (4) Est puni d'une amende de 5.000 à 100.000 euros, la personne physique ou morale qui utilise, exploite ou met à la disposition en vue d'une prise en charge médicale soit un appareil ou équipement visés à l'article 14, paragraphe 1er, soit une unité fonctionnelle d'hospitalisation ou médico-technique prenant en charge des patients aux termes de la présente loi sans pouvoir se prévaloir d'une autorisation d'exploitation visée à l'article 7, paragraphe 1er. Ne sont pas visés par l'alinéa 1er, les laboratoires d'analyses médicales au sens de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales. »

Art. 46.

L'article 60, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale est modifié comme suit : «Sont considérées comme prestations du secteur hospitalier toutes les prestations en nature dispensées à des assurés traités dans un hôpital, un établissement hospitalier spécialisé, un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie ou un centre de diagnostic au sens de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.»

Art. 47.

L'article 60bis, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale est modifié comme suit : «Les dispositions organisant la documentation des diagnostics, des prescriptions et des prestations effectuées relevant du secteur extrahospitalier peuvent être fixées par règlement grand-ducal.»

Art. 48.

L'alinéa 2 de l'article 74 du Code de la sécurité sociale est modifié comme suit : «Les éléments de l'enveloppe sont établis sur base de l'évolution démographique de la population résidente, de la morbidité, des pratiques d'une médecine basée sur des preuves scientifiques et en tenant compte de la croissance économique du pays. L'enveloppe budgétaire globale et les budgets spécifiques des hôpitaux tiennent compte des dispositions de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, des autorisations d'exploitation et des autorisations de

services des établissements hospitaliers, des spécificités des services spécialisés et nationaux et des réseaux de compétences, ainsi que des obligations découlant de la participation au service médical d'urgence.»

Art. 49.

La loi modifiée du 21 novembre 1980 portant organisation de la Direction de la santé est modifiée comme suit :

1° À l'article 1er, deuxième alinéa, à la fin du point 9, il est rajouté un nouveau point 10, libellé comme suit : «10) assurer une protection de la santé publique au niveau des denrées alimentaires.»

2° L'article 2 est modifié comme suit : Au paragraphe 2, deuxième alinéa, la deuxième phrase prend la rédaction suivante : «Si le directeur est empêché d'exercer ses fonctions, il est remplacé par un directeur adjoint.»

3° L'article 4, deuxième alinéa, est modifié comme suit : 1. au point 4, à la première phrase, les termes « et des dispositifs médicaux » sont supprimés ; 2. au point 5, à la fin de la deuxième phrase, les termes « organismes génétiquement modifiés » sont remplacés par les termes « dispositifs médicaux » ; 3. à la fin du point 9, est rajoutée la phrase suivante : «Sa compétence s'étend également aux organismes génétiquement modifiés.»

4° À l'article 6, au paragraphe 1er, point 1, les termes « organismes génétiquement modifiés » sont remplacés par les termes « dispositifs médicaux » . 5° L'article 16 est modifié comme suit : 1. au paragraphe 1er, le deuxième alinéa est supprimé ; 2. l'alinéa 1er du paragraphe 2 est remplacé par la disposition suivante : «Les candidats au poste de directeur, de directeur adjoint médical et technique ou à un poste de médecin ou de médecin-dentiste à la Direction de la santé doivent être autorisés à exercer la profession de médecin ou de médecindentiste au Luxembourg suivant les dispositions légales en vigueur au moment où il est pourvu à la vacance de poste.»

Art. 50.

La loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales est modifiée comme suit :

1. À l'article 1er, le paragraphe 3 est complété in fine par la phrase suivante : «Les examens relevant de l'anatomopathologie et de la génétique humaine sont effectués exclusivement dans le centre de diagnostic visé à l'article 2, paragraphe 4 de la loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public « Laboratoire national de santé.»

2. À l'article 2, le paragraphe 1er est modifié comme suit : «(1) Un laboratoire d'analyses de biologie médicale peut être exploité soit à titre personnel par une ou plusieurs personnes physiques, soit par une personne morale de droit privé ou public. Ne peuvent, directement ou indirectement, s'associer au sein d'une personne morale exploitant un laboratoire de biologie médicale ou en détenir de façon directe ou indirecte une fraction du capital social, mettre à disposition ou partager avec un laboratoire de biologie médicale des locaux : - un médecin, médecin-dentiste, ainsi que tout autre professionnel de santé autorisé à prescrire des examens de biologie médicale, à l'exception du ou des responsable(s) de laboratoire dont question à l'article 4 ; - un établissement hospitalier, sans préjudice de la faculté de s'associer dans une structure commune conformément à l'article 36 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ; - les personnes associées au sein de l'organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier, ainsi que toute autre personne qui détient directement ou indirectement une fraction du capital social de l'organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier.»

Art. 51.

L'article 4, paragraphe 1er, de la loi du 19 décembre 2003 portant création de l'établissement public « Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation » est modifié comme suit : «(1) Les fonctions d'organisme gestionnaire sont assurées par un conseil d'administration composé de onze membres effectifs et de onze membres suppléants, nommés et révoqués par le Grand-Duc, sur

proposition du ministre ayant la Santé dans ses attributions, dont : - cinq membres proposés par le Conseil de Gouvernement, dont deux pour représenter plus particulièrement les intérêts des usagers ; - quatre membres représentant chacun un des centres hospitaliers proposés par l'organisme gestionnaire de l'hôpital respectif ; - un membre proposé par le Conseil médical de l'établissement ; - un membre représentant le personnel non-médecin, proposé par les délégations du personnel.»

Art. 52.

L'article 2 de la loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public « Laboratoire national de santé » est complété par un paragraphe 4 qui prend la teneur suivante : «(4) L'établissement gère le centre de diagnostic dans les domaines : 1. de la génétique humaine, constitutionnelle et somatique, y compris l'interprétation de ces examens et le conseil génétique ; 2. de l'anatomie pathologique assurant au niveau national les examens cytologiques et histologiques visés à l'article 6 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.»

Art. 53.

À l'article 15, paragraphe 1er de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, la dernière phrase est remplacée par « Ce règlement grand-ducal peut aussi fixer le format, les standards et les normes à utiliser aux fins d'assurer l'interopérabilité du dossier individuel du patient hospitalier et l'établissement du résumé clinique de sortie et de ses éléments, de faciliter la tenue de bases de données communes standardisées, de tableaux de bord, et de permettre à l'aide de techniques d'anonymisation la conservation et l'extraction des données relatives au fonctionnement, à la performance et à la gestion du système de santé ainsi qu'à des fins statistiques, de recherche et d'amélioration continue.»

Art. 54.

La loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État est modifiée comme suit : 1. à l'article 12, paragraphe 1er, alinéa 7, à la fin du point 10., les termes « le commissaire du Gouvernement aux hôpitaux » sont intercalés entre les termes « de commissaire du Gouvernement chargé de l'instruction disciplinaire » et ceux de « classées au grade 17 » ; 2. à l'annexe A, au tableau « Classification des fonctions », dans la rubrique « Sous-groupe à attributions particulières » de la catégorie A, sous-groupe de traitement A1, la fonction de « commissaire du Gouvernement aux hôpitaux » est classée dans la colonne de droite correspondant au grade 17.

Art. 55.

Dans tous les textes législatifs et réglementaires les termes « centre de compétences » sont remplacés par « réseaux de compétences » .

Art. 56.

L'article 29, paragraphe 2 ne s'applique pas aux directeurs généraux des hôpitaux actuellement en fonction.

Art. 57.

Au plus tard 4 mois après l'entrée en vigueur de la présente loi, doivent être soumis pour autorisation au ministre 1. les projets d'établissement des établissements hospitaliers tels que prévus à l'article 7 ; 2. les projets de services visés à l'article 9 des services hospitaliers que les établissements sont tenus ou souhaitent exploiter conformément aux articles 4 et 5 ; 3. les demandes d'autorisation, d'acquisition ou d'utilisation : a) d'un équipement ou d'un appareil médical nécessitant une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières tel que déterminé à l'annexe 3 ; b) d'un équipement ou d'un appareil médical dont le coût dépasse 250.000 euros.

Art. 58.

La loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers et la loi du 27 février 1986 concernant l'aide médicale urgente sont abrogées.

Art. 59.
La référence à la présente loi se fait sous la forme suivante : « Loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ».

Art. 60.
La présente loi entre en vigueur le premier jour du mois suivant celui de sa publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

Annexe 1 - Nombre maximal de lits pouvant être autorisé au niveau national

1. Lits aigus

Total du nombre maximal de lits aigus pouvant être autorisé : **~~2.350~~2.745, dont un nombre maximal de lits de réserve sanitaire : 200**

2. Lits de moyen séjour

Total du nombre maximal des lits de moyen séjour pouvant être autorisé : « **~~710~~840** » dont

a) un nombre maximal de lits de rééducation gériatrique pouvant être autorisé : 310
b) un nombre maximal de lits de rééducation fonctionnelle pouvant être autorisé : **~~100~~150**
c) un nombre maximal de lits de réhabilitation physique et post oncologique pouvant être autorisé : 60
d) un nombre maximal de lits de réhabilitation psychiatrique pouvant être autorisé : **~~180~~240**
e) un nombre maximal de lits de soins palliatifs situés dans un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie pouvant être autorisé : **~~20~~25**

3. Lits d'hospitalisation de longue durée

Total du nombre maximal de lits d'hospitalisation de longue durée pouvant être autorisé : **~~87~~160**

4. Total des lits hospitaliers

Total du nombre maximal de lits hospitaliers pouvant être autorisé : « **~~3.147~~3.745** »

Annexe 2 - Définitions des services hospitaliers

A. Services de soins aigus (lits aigus)

Dénomination du service, nombre max de services, nombre de lits min par service, nombre de lits max nationaux	**Définition**
Cardiologie 4 services # lits min/service : 14 # lits max nationaux : 140	Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, prenant en charge des patients présentant des problèmes cardio-vasculaires qui sont de nature à nécessiter une exploration diagnostique et un traitement de nature non-invasive. Il est en mesure d'assurer la défibrillation, la thrombolyse coronaire, le placement d'un stimulateur cardiaque provisoire, la prise de la pression cardiaque droite et de tension intra-artérielle. Le service de cardiologie a recours aux soins de kinésithérapie et dispose d'un accès au plateau médicotechnique d'investigations cardio-circulatoires d'électrocardiographie, d'échocardiographie, de cyclométrie et de monitorage de Holter. Il dispose d'un lien fonctionnel direct avec un service d'urgence et un service de soins intensifs établis sur le même site. Il dispose également d'un lien fonctionnel direct avec le service de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque et un service de chirurgie vasculaire, soit au sein du même établissement, soit dans un autre établissement sur base d'une convention écrite.
Cardiologie interventionnelle et chirurgie cardiaque Service national # lits min/service : 20 # lits max nationaux : 30	Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, disponible 24h/24 et 7jours/7, prenant en charge des patients adultes présentant des problèmes cardiaques qui sont de nature à nécessiter une exploration diagnostique invasive poussée ou nécessiter un traitement à caractère invasif prononcé, y compris la thérapie interventionnelle, l'électrophysiologie et l'implantation d'un stimulateur cardiaque et un traitement chirurgical invasif, à l'exception de la transplantation et du traitement des anomalies congénitales durant l'enfance. Le service de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque dispose de liens fonctionnels étroits avec les services de secours, les services d'urgence, ainsi qu'avec un service de soins intensifs et un service de cardiologie établis sur le même site. Les transferts de patients et les modalités de ces transferts entre les services sont établis en commun et font l'objet de procédures écrites. L'autorisation de pratiquer la chirurgie cardiaque ne peut être accordée ou renouvelée que sur base de l'activité annuelle de chirurgie cardiaque pour adultes établie sur base des interventions pratiquées sous circulation extracorporelle ou par la technique à « cœur battant ».
Chirurgie esthétique # services max 3	Un service de traitement chirurgical à visée esthétique, prenant en charge des personnes, à la suite d'altérations morphologiques ou de disgrâces acquises ou constitutionnelles non pathologiques. Il a recours aux compétences de chirurgie plastique ou maxillo-faciale

#lits min par service : 5 #lits max nationaux : 15	et, selon le territoire anatomique des interventions réalisées, aux compétences chirurgicales des spécialités concernées. La chirurgie esthétique est soumise aux conditions suivantes : - Fournir à la personne concernée, pour toute prestation de chirurgie esthétique, les informations relatives aux conditions de l'intervention, les risques et éventuelles conséquences et complications, ainsi qu'un devis détaillé des honoraires médicaux, frais et durée estimée de séjour hospitalier, produits, médicaments et dispositifs médicaux ; ce devis est daté et signé du ou des chirurgien**s** devant réaliser l'intervention prévue. - Respecter un délai minimal de quinze jours entre la remise du devis et l'intervention éventuelle. - Disposer de l'accès au soutien psychologique pour tout patient tout au long de la prise en charge.
Chirurgie pédiatrique Service national # lits min/service : 15 # lits max nationaux : 20	Un service de diagnostic et de traitement chirurgical, prenant en charge des enfants et adolescents âgés de 0 à 16 ans et, le cas échéant jusqu'à 18 ans, relevant d'une discipline chirurgicale, à la suite de blessures, de malformation ou de maladie. Le service dispose d'infrastructures, d'équipement et d'une organisation adaptés aux besoins de l'enfant. Le service dispose d'un lien fonctionnel avec un service d'imagerie disposant de compétences en radiologie pédiatrique, un service d'urgences pédiatriques, un service de soins intensifs pédiatriques et un service de pédiatrie établis sur le même site. Le service a accès à des compétences en anesthésiologie pédiatrique, garantissant la sécurité anesthésique aux nourrissons et jeunes enfants (moins de 10 kg et/ou moins de 2 ans). Il participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.
Chirurgie plastique Service national # lits min/service : 10 # lits max nationaux : 15	Un service de diagnostic et de traitement chirurgical à visée thérapeutique, reconstructive ou fonctionnelle, prenant en charge des patients, à la suite d'un accident, d'un traitement, de blessures, de malformation ou d'un déficit fonctionnel. Il a recours aux soins de kinésithérapie et au soutien psychologique et dispose de liens fonctionnels étroits avec un service de rééducation fonctionnelle musculo-squelettique, situé ou non sur le même site. Le service de chirurgie plastique peut pratiquer la chirurgie esthétique s'il se soumet aux conditions applicables au service de chirurgie esthétique.
Chirurgie vasculaire # services max 4 # lits min/service : 10 # lits max nationaux : ~~60~~**70**	Un service prenant en charge des patients présentant des problèmes vasculaires qui sont de nature à nécessiter un traitement interventionnel par voie chirurgicale, endovasculaire, ou mixte (hybride) intéressant les vaisseaux périphériques. Le service de chirurgie vasculaire dispose d'un lien fonctionnel direct avec un service d'imagerie et un service de soins intensifs établis sur le même site. Le service de chirurgie vasculaire peut assurer le traitement de patients présentant des pathologies carotidiennes s'il dispose, sur le même site, d'un service neuro-vasculaire.
Chirurgie viscérale 4 services # lits min/service : 15 # lits max nationaux : ~~100~~**105**	Un service de diagnostic et de traitement chirurgical, prenant en charge des patients relevant d'une discipline chirurgicale générale, digestive ou viscérale, à la suite de blessures, de malformation ou de maladie. Le service de chirurgie viscérale dispose d'un accès à un plateau médicotechnique d'imagerie et d'investigations fonctionnelles situé sur le même site. Le service dispose de liens fonctionnels étroits avec le service des urgences et, le cas échéant, les services de médecine interne générale, de gastro-entérologie et d'oncologie établis sur le même site. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique et participe aux réunions de concertation multidisciplinaire bariatrique pour toute son activité de chirurgie bariatrique.
Gastroentérologie 4 services	Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, prenant en charge des patients présentant des affections des organes digestifs et de leurs voies. Le service de gastro-entérologie dispose d'un accès à un plateau médicotechnique d'imagerie, d'endoscopie

# lits min/service : 12 # lits max nationaux : ~~90~~85	et d'investigations fonctionnelles digestives, ainsi que d'un lien fonctionnel avec un service de soins intensifs établis sur le même site qui précise les conditions de transfert des patients dans ces services. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.
Gériatrie aiguë 4 services # lits min/service : 15 # lits max nationaux : 120	Un service de diagnostic, de traitement, de soins et de suivi de patients gériatriques, dans une approche pluridisciplinaire, dont l'objectif est la récupération optimale des performances fonctionnelles, de la meilleure autonomie et qualité de vie de la personne âgée. Un service de gériatrie aiguë dispose d'un accès à un plateau médicotechnique d'imagerie et d'investigations fonctionnelles. Le service de gériatrie aiguë a recours aux soins de kinésithérapie, orthophonie, ergothérapie, en soutien psychologique, à l'assistance sociale et diététique sur le même site et d'un lien fonctionnel avec un service de rééducation gériatrique, établi ou non sur le même site ; dans ce dernier cas, une convention écrite précise les critères et modalités de transfert des patients. Un service de gériatrie aiguë peut être localisé sur un site hospitalier ne disposant pas d'un service de médecine interne générale, de chirurgie viscérale, ou d'urgence ; dans ce cas, le service de gériatrie est considéré comme isolé et doit répondre aux conditions ci-après : • Être en liaison fonctionnelle avec un service hospitalier réservé aux malades les plus aigus, soit au sein du même établissement, soit dans un autre établissement proche en faisant l'objet d'une convention écrite, précisant les modalités de recours au plateau technique. • Disposer de la même équipe de médecins spécialistes en gériatrie pour assurer le traitement dans les deux services. • Appliquer une politique d'admission, de transfert et de sortie transparente reposant sur des critères objectifs.
Gynécologie # service max : 4 # lits min/service : 8 # lits max nationaux : ~~80~~85	Un service de diagnostic et de traitement, médical et chirurgical, prenant en charge les patientes présentant des pathologies de l'appareil génital féminin, pouvant inclure les pathologies endocriniennes, les interventions plastiques et reconstructives, et l'oncologie gynécologique. Le service a recours aux soins de kinésithérapie et dispose d'un accès à un plateau médicotechnique d'imagerie et d'investigations fonctionnelles gynécologiques situé sur le même site et participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.
Hémato-oncologie Service national # lits min/service : 7 # lits max nationaux : ~~15~~25	Le service d'hémato-oncologie répond à la définition du service d'oncologie et assure en outre la prise en charge des patients atteints d'affections hématologiques malignes. Il dispose de l'expertise et des équipements propres à la réalisation d'aphérèses, de greffes de cellules hématopoïétiques et de thérapie cellulaire.
Immuno-allergologie Service national # lits min/service : 1 # lits max nationaux : 5	Un service de diagnostic et de traitement, prenant en charge des patients affectés de troubles immunitaires, y compris allergiques, et de maladies auto-inflammatoires. Le service dispose de compétences en allergologie, immunologie et rhumatologie et dispense des traitements immuno-modulateurs. Le centre hospitalier disposant du service d'immuno-allergologie établit obligatoirement une convention avec, le cas échéant, celui disposant d'une unité de transplantation d'organes, précisant les critères et modalités de transfert des patients d'un service à l'autre.

Maladies infectieuses Service national # lits min/service : 18 # lits max nationaux : ~~20~~30	Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, prenant en charge des patients présentant des affections causées par des agents infectieux et, dans certaines conditions, des patients présentant des formes inhabituelles et/ou sévères de maladies infectieuses. Un service de maladies infectieuses dispose de chambres d'isolement à pression négative ; des procédures spécifiques y sont prévues pour la prise en charge des patients contagieux ainsi que pour la prise en charge de maladies causées par des germes émergents, l'admission et le transfert de patients hautement infectieux depuis et vers d'autres services hospitaliers et les structures extrahospitalières.
Médecine de l'environnement Service national # lits min/service : 0 # lits max nationaux : 2	Un service de diagnostic et de traitement prenant en charge des patients atteints de problèmes de santé liés à l'exposition à des facteurs environnementaux. Il dispose de compétences médicales en médecine de l'environnement et en santé au travail et travaille en lien étroit avec les services de l'Etat et les établissements publics qui analysent l'exposition à des polluants, ainsi qu'avec les services de médecine du travail. Le médecin-spécialiste expérimenté en médecine environnementale collabore à une prise en charge interdisciplinaire en fonction de la symptomatologie du patient et dans le respect des aspects somatiques, psychiques et sociaux du patient. Le service assure les soins ambulatoires et a accès à des lits d'hospitalisation dans un environnement répondant à des critères protecteurs stricts en matière de polluants. Il contribue à une documentation exhaustive des pathologies liées à l'environnement, des expositions à des facteurs environnementaux et des actions entreprises, dans un but de santé publique, de prévention et d'analyse de son activité en réseau avec d'autres services de médecine environnementale notamment universitaires, à l'étranger.
Médecine interne générale 4 services # lits min/service : 10 # lits max nationaux : ~~110~~140	Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, prenant en charge des patients adultes présentant une ou plusieurs affections complexes, aiguës ou chroniques relevant d'une discipline médicale, à l'exception des disciplines chirurgicales et psychiatriques, dans le respect de leurs aspects somatiques, psychiques et sociaux et, le cas échéant, par une approche multidisciplinaire coordonnée. Un service de médecine interne dispose d'un accès à un plateau médicotechnique d'imagerie et d'investigations fonctionnelles et de liens fonctionnels avec le service des urgences et le service de soins intensifs établis sur le même site. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.
Néonatologie intensive Service national # lits min/service : 14 # lits max nationaux : 25	Un service assurant l'accueil, la surveillance et la prise en charge des nouveau-nés, prématurés ou à terme, 24h/24 et 7j/7, qui présentent ou sont susceptibles de présenter des problèmes d'adaptation mettant directement en jeu leur pronostic vital ou leur avenir fonctionnel ou une défaillance aiguë d'un ou plusieurs organes mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital ou leur avenir fonctionnel, et qui nécessitent en conséquence le recours à des techniques de surveillance, de suppléance et de soins spécifiques, intensives ou non. Le service de néonatologie intensive assure également les soins intensifs postopératoires des nouveau-nés relevant de la chirurgie pédiatrique. Le service est organisé de telle façon qu'il puisse assurer : - la permanence médicale et de professions de santé sur place permettant l'accueil des patients et leur prise en charge 24h/24 et 7j/7, - la mise en œuvre prolongée de techniques spécifiques, invasives ou non, - l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés,

	- la sécurité et la continuité des soins en organisant le retour et le transfert des nouveau-nés à la maternité, dans les services d'hospitalisation ou au domicile dès que leur état de santé le permet. Le service de néonatologie intensive est en lien direct et fonctionnel avec un service d'obstétrique situé sur le même site ainsi qu'avec toutes les maternités ne disposant pas de service de néonatologie intensive ; les critères et les modalités de transfert des nouveau-nés ex utero vers le service de néonatologie intensive font l'objet d'une convention et sont portés à la connaissance du public. Le service de néonatologie intensive dispose de liens fonctionnels directs, sur le même site, avec un service de chirurgie pédiatrique et un service d'imagerie avec compétences en imagerie médicale pédiatrique, ainsi qu'avec un service de soins intensifs pédiatriques.
Néphrologie Service national # lits min/service : 5 # lits max nationaux : ~~30~~**45**	Un service répondant à la définition du service de dialyse, assurant en outre le diagnostic, le traitement, les soins et le suivi de patients atteints d'affections rénales et la prise en charge de patients soumis à un traitement de suppléance rénale à tout stade de leur affection et de leur traitement. Le service de néphrologie dispose d'un accès au plateau médicotechnique d'imagerie et d'investigations fonctionnelles néphrologiques sur le même site. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique. Le service de néphrologie dispose de la capacité à assurer l'épuration extra-rénale sur le même site et peut assurer de tels services sur d'autres sites hospitaliers. Le service assure le suivi de patients après transplantation rénale.
Neurochirurgie Service national # lits min/service : 30 # lits max nationaux : ~~40~~**55**	Un service assurant le diagnostic, le traitement chirurgical et la prise en charge péri-opératoire des malformations, maladies, traumatismes, y compris leurs séquelles, du système nerveux central, de ses enveloppes, de ses vaisseaux et de ses cavités, ainsi que du système nerveux périphérique et végétatif. Le service de neurochirurgie dispose d'un lien fonctionnel, sur le même site, avec un service d'imagerie médicale pratiquant la neuro-imagerie interventionnelle, un service de neurologie, un service neuro-vasculaire (de niveau 2) et un service de soins intensifs pratiquant des soins intensifs spécialisés en neurologie et en neurochirurgie ; les critères et les modalités d'accès et de transfert des patients entre ces services font l'objet de dispositions établies en commun. Il participe aux réunions de concertations pluridisciplinaires pour toute son activité oncologique. Il dispose d'une convention avec un service de réhabilitation neurologique et avec tout service d'orthopédie d'un autre site réalisant des interventions sur le squelette axial, précisant les critères et les modalités de transfert des patients. Le service de neurochirurgie est autorisé à pratiquer la chirurgie stéréotaxique à condition de disposer de l'équipement nécessaire.
Neurologie # 4 service**s** # lits min/service : 14 # lits max nationaux : ~~85~~**90**	Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, prenant en charge des patients présentant des affections du système nerveux central, périphérique et végétatif, y compris leurs conséquences fonctionnelles. Le service de neurologie a recours aux soins en médecine physique et réadaptation, en kinésithérapie, en ergothérapie, en orthophonie et au soutien psychologique. Le service de neurologie dispose d'un accès à un plateau médicotechnique sur le même site, permettant de réaliser des examens d'imagerie par radiographie, scannographie computérisée et résonnance magnétique nucléaire, ainsi que des examens fonctionnels d'électromyographie, d'électro-encéphalographie, d'urodynamique et d'analyse du mouvement. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique. En l'absence de lien fonctionnel direct avec un service neuro-vasculaire établi sur le même site, le service dispose obligatoirement d'une convention avec un service neuro-vasculaire, précisant les critères et les modalités d'admission et de transfert entre les deux services.

Neuro-vasculaire de niveau 1 (stroke unit niveau 1) # service max : 4 # lits min/service : 4 # lits max nationaux : 18	Un service fonctionnellement identifié, comprenant des lits de soins intensifs neuro-vasculaires et des lits d'hospitalisation « classiques » dédiés exclusivement à l'accueil 24h/24 et 7j/7 et à la prise en charge aiguë et en temps utile des patients présentant des accidents vasculaires cérébraux, en lien fonctionnel avec les services de secours, les structures d'accueil des urgences, et les structures de revalidation. Le service stroke unit niveau 1 dispose sur son site d'une expertise médicale en pathologie neuro-vasculaire 24h/24 et 7j/7 dans un délai de 30 minutes et d'un accès direct à l'imagerie par scannographie computérisée et par résonnance magnétique. Il dispose de critères d'admission et d'évaluation ainsi que de processus standardisés pour le diagnostic, la surveillance et le traitement des patients atteints d'un accident vasculaire cérébral, et se soumet à une évaluation externe annuelle selon des indicateurs de résultats définis. Il a recours aux soins en kinésithérapie, en ergothérapie, en orthophonie, au soutien psychologique et à l'assistance sociale. Les hôpitaux disposant d'un service stroke unit type niveau 1 établissent obligatoirement une convention avec celui disposant d'un service stroke unit niveau 2, précisant les critères et les modalités de transfert des patients d'un service à l'autre. Le service stroke est organisé afin de garantir aux patients présentant des accidents vasculaires cérébraux la continuité de l'accès à l'expertise et à la prise en charge neuro-vasculaire. Il organise la réhabilitation précoce multidisciplinaire des patients concernés.
Neuro-vasculaire de niveau 2 (stroke unit niveau 2**)** Service national # lits min/service : 6 # lits max nationaux : 12	Le service stroke niveau 2 répond aux critères du service stroke unit niveau 1 défini ci-dessus et assure en outre, sur le même site, la prise en charge des accidents vasculaires hémorragiques et des patients relevant des techniques de neuro-imagerie interventionnelle et de neurochirurgie. Il dispose d'un accès direct, sur le même site, à une salle d'angiographie numérisée interventionnelle.
Obstétrique (niveau 1 et 2) 4 services # lits min/service : 10 # lits max nationaux : ~~100~~**130**	Un service de diagnostic, de suivi et de traitement de la femme et de l'enfant durant la grossesse normale et pathologique, ainsi que lors de l'accouchement, et qui assure le suivi postnatal immédiat de la mère et de l'enfant, par l'intervention coordonnée des professionnels concernés. Le service d'obstétrique doit être accessible 24h/24 et 7j/7 et assure un nombre minimum de 300 accouchements par an. Tout service d'obstétrique a recours aux soins de kinésithérapie, au soutien psychologique et à l'assistance sociale. Le service est en lien direct et fonctionnel avec un service de soins intensifs pour adultes établi sur le même site et avec un service de néonatologie intensive, situé ou non sur le même site ; les critères et les modalités de transfert des nouveau-nés in utero vers une autre maternité et ex utero vers le service national de néonatologie intensive font l'objet de conventions et sont portés à la connaissance du public. Un service d'obstétrique fait partie intégrante de la maternité, unité organisationnelle d'un hôpital, dont on distingue 2 niveaux : - une maternité de niveau 1 comporte un service d'obstétrique pour la prise en charge des grossesses normales et l'examen et la prise en charge du nouveau-né auprès de sa mère, dans des situations fréquentes et sans gravité. Si une maternité de niveau 1 réalise 1.500 accouchements par an ou plus, elle peut assurer le suivi des grossesses pathologiques et le service de pédiatrie de proximité peut y disposer d'une unité de néonatologie (non-intensive) pour la prise en charge des nouveau-nés pouvant présenter des difficultés d'adaptation et qui nécessitent des soins néonataux non-intensifs spécialisés. Une convention avec l'hôpital exploitant le service national de néonatologie précise les critères et les modalités de transfert des nouveau-nés,

	- une maternité de niveau 2 comporte un service d'obstétrique et un service de néonatologie intensive pour la prise en charge des grossesses normales, pathologiques et à haut risque et des nouveau-nés pouvant présenter des difficultés d'adaptation nécessitant des soins néonataux spécialisés, ainsi que des nouveau-nés présentant des détresses graves. Une maternité qui assure moins de 1500 accouchements par an dispose au moins d'une disponibilité 24h/24 et 7j/7 sur appel et dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité, du médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique et du médecin spécialiste en anesthésie pour la prise en charge de la femme enceinte et parturiente, ainsi que du médecin spécialiste en pédiatrie pour la prise en charge du nouveau-né. Une maternité de niveau 1 qui assure annuellement 1500 accouchements ou plus, ou une maternité de niveau 2 quel que soit son niveau d'activité, doit disposer d'une présence, 24h/24 et 7j/7 sur le site de l'établissement, d'un médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique, d'un médecin spécialiste en anesthésie pour la prise en charge de la femme enceinte et parturiente, ainsi que de la présence d'un médecin spécialiste en pédiatrie pour la prise en charge du nouveau-né.
Oncologie # service max : 4 # lits min/service : 8 # lits max nationaux : **~~130~~145**	Un service de diagnostic et de traitement pluridisciplinaires, de soins et de suivi des affections oncologiques des patients âgés de 18 ans ou plus. Le service d'oncologie est organisé afin d'assurer à chaque patient : - l'accès rapide au diagnostic, - l'annonce du diagnostic et d'une proposition thérapeutique fondée sur une concertation pluridisciplinaire, selon des modalités conformes aux référentiels de prise en charge et traduite dans un programme de soins remis au patient et accepté par celui-ci, - la mise en œuvre de traitements conformes à des référentiels de bonne pratique clinique publiés ou, à défaut, à des recommandations faisant l'objet d'un consensus des sociétés savantes, - l'accès aux soins et aux soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie, notamment la prise en charge de la douleur, le soutien psychologique, le renforcement de l'accès aux services sociaux, et s'il y a lieu, la démarche palliative, - l'organisation de la prise en charge pluridisciplinaire en collaboration formelle avec d'autres services hospitaliers, le cas échéant, et, dans tous les cas, avec le secteur des soins primaires. Le service dispose d'un accès direct à une unité hospitalière de diagnostic, de traitement et de soins médicaux prenant en charge des patients présentant un état de douleurs chroniques, par une approche multidisciplinaire incluant les aspects somatiques, psychologiques et sociaux. Cette unité dispose de compétences médicales en algologie et en anesthésie et a recours à des compétences en psychologie, en kinésithérapie, en relaxation et en éducation thérapeutique. Elle offre une consultation spécialisée accessible aux patients ambulatoires au moins trois demi-journées par semaine, tient des réunions de concertation interdisciplinaires régulières et travaille en réseau avec les médecins et structures de soins extrahospitaliers. En l'absence d'un accès direct à une telle unité, le service d'oncologie dispose d'une convention avec un établissement hospitalier disposant d'une telle unité, précisant les modalités de la prise en charge coordonnée des patients. L'établissement hospitalier dispose d'une convention avec le centre de diagnostic visé à l'article 2, paragraphe 5, de la loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public « Laboratoire national de santé » précisant les critères et les modalités d'analyse des prélèvements, ainsi qu'avec le service de radiothérapie, précisant les critères et les modalités de transfert des patients. Ce service doit de plus satisfaire aux critères définis en matière de qualité de la prise en charge des affections cancéreuses et assurer aux patients, soit par lui-même, le cas échéant en lien avec une des structures existant dans des pays étrangers, soit par une convention avec d'autres

	établissements de santé, l'accès aux traitements innovants et aux essais cliniques. Le service dispose d'une charte de bonnes pratiques dans sa version la plus récente en matière d'oncologie, établie par le Conseil scientifique du domaine de la santé et accessible au public. Le service d'oncologie dispose d'un lien fonctionnel avec le service de réhabilitation post-oncologique, avec lequel il établit une convention, précisant les critères et les modalités de transfert des patients. Les services d'oncologie et d'hémato-oncologie sont soumis à un seuil d'activité minimal annuel à respecter en tenant compte de l'évidence disponible en matière de sécurité et de qualité des pratiques médicales, définis par le Conseil scientifique du domaine de la santé composé d'experts nationaux et internationaux. Ces seuils concernent certaines thérapeutiques ou certaines interventions chirurgicales éventuellement par appareil anatomique ou par pathologie, déterminées en raison de leur fréquence, ou de la complexité de leur réalisation ou de la prise en charge ultérieure. Ils prennent en compte le nombre d'interventions effectuées ou le nombre de patients traités sur les 3 années écoulées.
Ophtalmologie spécialisée Service national # lits min/service : 6 # lits max nationaux : ~~15~~**10**	Un service de diagnostic, de traitement et de soins, prenant en charge des patients présentant des troubles réfractifs, des pathologies médicales et chirurgicales de l'œil et de la sphère péri-oculaire. Il dispose d'un plateau d'explorations fonctionnelles des troubles de la vue. Il garantit la continuité des soins sur le plan national et participe au service d'urgence. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.
ORL # 4 services # lits min/service : 7 # lits max nationaux : ~~60~~**50**	Un service de diagnostic, de traitement et de soins, prenant en charge des patients présentant des affections de l'oreille, du nez et des sinus, de la face, de la gorge et du cou. Il a recours aux soins d'orthophonie et dispose d'un plateau d'explorations fonctionnelles des troubles de l'audition, de l'équilibre et de la voix et de liens fonctionnels étroits avec un service d'imagerie établi sur le même site. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.
Orthopédie # 4 service**s** # lits min/service : 15 # lits max nationaux : 170	Un service de diagnostic, de traitement et de suivi, prenant en charge des patients atteints d'affections innées et acquises de l'appareil musculo-squelettique axial et périphérique. Le service d'orthopédie qui assure une prise en charge interventionnelle des affections du squelette axial dispose de procédures précisant les modalités de prise en charge de ces affections et d'un lien fonctionnel direct avec le service de neurochirurgie ou, dans le cas où ce service n'est pas disponible sur le même site, d'une convention écrite précisant les critères et les modalités de transfert des patients. Le service d'orthopédie a recours aux soins de kinésithérapie sur le même site, et dispose d'un lien fonctionnel direct avec un service de rééducation fonctionnelle ou, dans le cas où un tel service n'est pas disponible sur le même site, d'une convention écrite précisant les critères et les modalités de transfert des patients. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique. Le service dispose d'un accès direct à une unité hospitalière de diagnostic, de traitement et de soins médicaux prenant en charge des patients présentant un état de douleurs chroniques, par une approche multidisciplinaire incluant les aspects somatiques, psychologiques et sociaux. Cette unité dispose de compétences médicales en algologie et en anesthésie et a recours à des compétences en psychologie, en kinésithérapie, en relaxation et en éducation thérapeutique. Elle offre une consultation spécialisée accessible aux

	patients ambulatoires au moins trois demi-journées par semaine, tient des réunions de concertation interdisciplinaires régulières et travaille en réseau avec les médecins et structures de soins extrahospitaliers. En l'absence d'un accès direct à une telle unité, une convention avec un hôpital disposant d'une telle unité, précise les modalités de la prise en charge coordonnée des patients.
Pédiatrie de proximité # service max : 3 # lits min/service : 3 # lits max nationaux : 12	Un service axé sur le diagnostic, le traitement et le suivi des affections des enfants et adolescents, couvrant les âges de 0 à 16 ans, et le cas échéant jusqu'à 18 ans, dont la prise en charge est assurée lors de séjours hospitaliers ne dépassant pas en moyenne 48 heures. Le service dispose d'infrastructures, d'équipements et d'une organisation adaptés aux besoins de l'enfant. Le service peut disposer d'une unité dédiée à la prise en charge ambulatoire, qui répond aux conditions du service d'hospitalisation de jour. Le service assure une disponibilité du médecin spécialiste en pédiatrie pour toute consultation pédiatrique de 08h à 20h les jours ouvrables. En dehors de ces heures et en cas de disponibilité du médecin spécialiste en pédiatrie, le service peut participer au service de garde de pédiatrie. Une convention avec l'hôpital exploitant le service national de pédiatrie spécialisée précise les critères et les modalités de transfert des enfants à pathologies complexes.
Pédiatrie spécialisée Service national # lits min/service : 15 # lits max nationaux : ~~30~~**50**	Un service spécialisé axé sur le diagnostic, le traitement et le suivi des affections des enfants et adolescents, couvrant les âges de 0 à 16 ans et, le cas échéant jusqu'à 18 ans. Le service dispose d'infrastructures, d'équipements et d'une organisation adaptés aux besoins de l'enfant. Il est en lien fonctionnel direct avec le service d'imagerie disposant de compétences en imagerie pédiatrique, le service d'urgences pédiatriques, le service de soins intensifs pédiatriques, le service de néonatologie intensive et le service de chirurgie pédiatrique, sur le même site. Il dispose d'une structure et de compétences permettant d'offrir l'enseignement aux enfants relevant de traitements hospitaliers dès le 7ème jour, en lien avec l'établissement scolaire habituellement fréquenté par l'enfant. Pour les enfants atteints d'une pathologie chronique grave, le service assure : - la communication entre, d'une part, l'équipe hospitalière et, d'autre part, les acteurs de première ligne, - la continuité du traitement hospitalier lorsque le jeune patient quitte l'hôpital pour poursuivre le traitement à son domicile ou inversement. Pour les enfants atteints d'une affection oncologique ou cardiologique faisant l'objet d'une prise en charge à l'étranger, le service assure le transfert vers une structure établie à l'étranger, dont les critères et les modalités sont précisées par convention. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique. Le service dispose : - d'une unité dédiée à la prise en charge ambulatoire, qui répond aux conditions du service d'hospitalisation de jour, - d'une unité dédiée à la prise en charge ambulatoire et stationnaire d'enfants atteints de cancer ou de maladies hématologiques oncologiques dans la mesure où il met en œuvre un processus de prise en charge structurée et coordonnée de ces patients, en collaboration avec des centres étrangers avec lesquels une convention de collaboration est établie, - d'une unité dédiée à la prise en charge ambulatoire et stationnaire de l'adolescent dans la mesure où il met en œuvre un processus de prise en charge multidisciplinaire répondant aux besoins spécifiques des adolescents et de leur développement et qui prépare et soutient la transition vers une prise en charge médicale de l'adulte.

Pneumologie **#** 4 service**s** # lits min/service : 8 # lits max nationaux : **~~80~~100**	Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, prenant en charge des patients présentant des affections des organes respiratoires, de leurs voies et de leurs vaisseaux. Les techniques de ventilation mécanique non-invasive, d'oxygénothérapie avec surveillance continue de l'oxymétrie et de kinésithérapie respiratoire y sont mises en œuvre. Le service de pneumologie dispose d'un accès à un plateau médicotechnique d'imagerie, de bronchoscopie et d'investigations fonctionnelles respiratoires, ainsi que d'un lien fonctionnel avec un service de soins intensifs établis sur le même site précisant les conditions de transfert des patients entre ces~~s~~ service~~s~~. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.
Psychiatrie aiguë 4 services # lits min/service : 35 # lits max nationaux : **~~240~~260**	Un service assurant la prévention, l'observation, le diagnostic, les soins, le traitement, la réadaptation et la réinsertion sociale d'adultes atteints de troubles mentaux ou de problèmes liés à l'abus de substance, dans une approche pluridisciplinaire. Il doit être en lien fonctionnel étroit avec un service d'urgence et de médecine interne établis sur le même site, ainsi qu'avec un service de réhabilitation psychiatrique, les structures extrahospitalières de santé mentale, les soins de santé primaire et les institutions appropriées pour les personnes handicapées. Les transferts de patients et les modalités de ces transferts entre les services sont établis en commun et font l'objet de procédures écrites. Le service doit disposer 24h/24, 7j/7, d'une capacité d'accueil appropriée aux besoins urgents spécifiques des patients qui y sont pris en charge et d'une section fermée protectrice pour les patients qui le nécessitent.
Psychiatrie infantile Service national # lits min/service : 8 # lits max nationaux : **~~12~~16**	Un service assurant l'observation, le diagnostic, le traitement et le suivi d'enfants âgés de moins de 13 ans, atteints de troubles mentaux ou de problèmes liés à l'abus de substance, dans une approche pluridisciplinaire. Il doit être en lien fonctionnel étroit avec un service de pédiatrie spécialisée et un service de psychiatrie juvénile, un service d'urgence pédiatrique, un service d'hospitalisation de jour assurant la réadaptation socio-éducative maximale des enfants, les structures extrahospitalières de santé mentale, les soins de santé primaire ainsi qu'avec les institutions appropriées pour les personnes handicapées. Les transferts de patients et les modalités de ces transferts entre les services sont établis en commun et font l'objet de procédures écrites. Le service doit disposer 24h/24, 7j/7, d'une capacité d'accueil appropriée aux besoins urgents spécifiques des patients qui y sont pris en charge.
Psychiatrie juvénile Service national # lits min/service : 15 # lits max nationaux : 35	Un service assurant l'observation, le diagnostic, le traitement et le suivi d'adolescents âgés de 13 à 18 ans, atteints de troubles mentaux ou de problèmes liés à l'abus de substance, dans une approche pluridisciplinaire. Il doit être en lien fonctionnel étroit avec un service de pédiatrie ou médecine interne, un service d'urgence et un service d'hospitalisation de jour assurant la réadaptation socio-éducative maximale des adolescents, les structures extrahospitalières de santé mentale, les soins de santé primaire ainsi qu'avec les institutions appropriées pour les personnes handicapées. Les transferts de patients et les modalités de ces transferts entre les services sont établis en commun et font l'objet de procédures écrites. Le service doit disposer 24h/24, 7j/7, d'une capacité d'accueil appropriée aux besoins urgents spécifiques des patients qui y sont pris en charge et d'une section fermée protectrice pour les patients qui le nécessitent.
Soins intensifs et anesthésie 4 services	Un service assurant l'accueil, la prise en charge diagnostique et thérapeutique ainsi que la surveillance des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillance(s) aiguë(s) d'organe(s), mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance.

# lits min/service : 12 # lits max nationaux : ~~100~~**120**	Le service prend également en charge des patients nécessitant le recours à l'anesthésie, sous quelque modalité que ce soit (générale, locorégionale, épidurale, rachianesthésie ou autre), cette prise en charge incluant l'évaluation pré-anesthésique des facteurs de risque et le suivi post-anesthésique jusqu'à récupération des fonctions vitales, ainsi que l'analgésie pour la prise en charge de la douleur post-interventionnelle. Il assure : - une permanence médicale et de professions de santé permettant l'accueil des patients et leur prise en charge 24h/24 et 7j/7, - la mise en œuvre prolongée de techniques spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés, - la sécurité et la continuité des soins en organisant le retour et le transfert des patients dans les services d'hospitalisation dès que leur état de santé le permet. Le service de soins intensifs dispose de liens fonctionnels directs avec le service d'urgence, avec le service d'imagerie médicale et avec d'autres services d'hospitalisation dédiés à des patients présentant des affections médicales ou chirurgicales sur le même site ; le transfert des patients de et vers un service de soins intensifs répond à des critères documentés et accessibles à tous les médecins de l'établissement. Des conditions particulières aux soins intensifs spécialisés en cardiologie et en neurologie-neurochirurgie peuvent être déterminées.
Soins intensifs pédiatriques Service national # lits min/service : 5 # lits max nationaux : ~~5~~**10**	Un service prenant en charge des nourrissons, enfants et adolescents, à partir de la 5ème semaine de vie et jusqu'à l'âge de 16 ans et, le cas échéant jusqu'à 18 ans, qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë d'un ou plusieurs organes, mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance ou dont l'affection requiert des avis et prises en charge spécialisés du fait de sa rareté ou de sa complexité. Il assure également la réanimation postopératoire des enfants relevant de la chirurgie pédiatrique. Il assure : - une permanence médicale et de professions de santé permettant l'accueil des enfants et adolescents et leur prise en charge 24h/24 et 7j/7, - la mise en œuvre prolongée de techniques invasives spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés, - la sécurité et la continuité des soins en organisant le retour et le transfert des enfants et adolescents dans les services d'hospitalisation dès que leur état de santé le permet. Le service de soins intensifs pédiatriques dispose de liens fonctionnels direct avec les services de secours extrahospitaliers et avec le service des urgences, de néonatologie intensive, le service d'imagerie disposant de compétences en imagerie pédiatrique et avec d'autres services d'hospitalisation dédiés à des enfants présentant des affections médicales ou chirurgicales sur le même site ; le transfert des patients de et vers un service de soins intensifs pédiatriques répond à des critères documentés et accessibles à tous les médecins de l'établissement.
Traumatologie 4 services # lits min/service : 15	Un service de diagnostic, de traitement et de suivi, prenant en charge des patients atteints de lésions traumatiques intéressant la peau et les muqueuses, l'appareil musculo-squelettique, les organes internes, pouvant inclure les interventions plastiques et reconstructives. Un service de traumatologie dispose d'un lien fonctionnel direct avec le service d'urgence, le service des soins intensifs et le service d'imagerie médicale situés sur le même site. Il dispose en outre d'une convention avec le service de neurochirurgie précisant les critères

# lits max nationaux : ~~130~~120	et les modalités de transfert des patients. Le service de traumatologie a recours aux soins de kinésithérapie sur le même site, et dispose d'un lien fonctionnel direct avec un service de rééducation fonctionnelle ou, dans le cas où un tel service n'est pas disponible sur le même site, d'une convention écrite précisant les critères et les modalités de transfert des patients.
Urologie 4 services # lits min/service : 5 # lits max nationaux : ~~80~~70	Un service de diagnostic, de traitement et de suivi, prenant en charge des patients atteints de pathologies innées et acquises de l'appareil et des voies urinaires, pouvant inclure les interventions plastiques et reconstructives et l'oncologie de l'appareil urinaire et de ses annexes. Le service d'urologie dispose d'un accès à un plateau médicotechnique d'imagerie, d'endoscopie et d'investigations fonctionnelles urologiques situé sur le même site et participe aux réunions de concertation pluridisciplinaires pour toute son activité oncologique. Il a recours à au moins un médecin spécialiste en urologie disposant d'un agrément pour l'accès à et l'utilisation de l'équipement de lithotritie extracorporelle.
Radiothérapie Service national # lits min/service : 2 # lits max nationaux : 2	Un service assurant, au bénéfice de patients atteints d'affections tumorales, cancéreuses ou hématologiques, des traitements de radiothérapie à visée curative ou palliative, dans un contexte pluridisciplinaire de cancérologie. Le service de radiothérapie participe aux décisions thérapeutiques oncologiques dans le cadre des réunions de concertation pluridisciplinaires. Le service dispose d'une convention avec tous les services d'oncologie autorisés, précisant les critères et les modalités de transfert des patients, et d'un lien fonctionnel étroit avec les soins de santé primaires et spécialisés. Ce service doit de plus satisfaire aux critères définis en matière de qualité de la prise en charge des affections cancéreuses et assurer aux patients, soit par lui-même, le cas échéant en lien avec une des structures existant dans des pays étrangers, soit par une convention avec d'autres établissements de santé, l'accès aux traitements innovants et aux essais cliniques. Le service dispose d'une charte de bonnes pratiques dans sa version la plus récente en matière de radiothérapie oncologique, approuvée par le Conseil scientifique du domaine de la santé et accessible au public. Le service de radiothérapie est soumis à un seuil d'activité minimal annuel à respecter, de l'ordre de 400 traitements par an et par accélérateur linéaire.

B. Services de moyen séjour (lits de moyen séjour)

Rééducation fonctionnelle Service national # lits min/service : 30 # lits max nationaux : ~~100~~**150**	Un service assurant la récupération optimale des performances fonctionnelles, de la meilleure autonomie et qualité de vie de la personne ~~**adulte**~~ présentant un déficit neurologique, cardiaque ou musculo-squelettique, en vue du retour ou maintien dans le milieu de vie du patient à la suite d'une maladie ou d'un événement de santé. Si le service de rééducation fonctionnelle travaille en lien fonctionnel avec les services de neurologie, de neurochirurgie, de cardiologie, d'orthopédie, de rhumatologie ou de traumatologie, l'établissement hospitalier spécialisé dispose d'une convention avec les centres hospitaliers exploitant ces services, précisant les critères et les modalités de transfert des patients. En outre, il dispose de liens fonctionnels avec le secteur extrahospitalier ; il met à la disposition du public les critères d'admission, de début et de fin de prise en charge des patients, ainsi que l'offre de soins disponible, qui doit couvrir quotidiennement au moins deux des disciplines suivantes : kinésithérapie, orthophonie, ergothérapie, au soutien psychologique, à l'assistance sociale et diététique. Pour chaque patient, il réalise un bilan interdisciplinaire d'admission, un programme individualisé de rééducation précisant les objectifs et la durée prévisible du projet thérapeutique, et une réévaluation hebdomadaire interdisciplinaire. Le service dispose d'un accès direct à une unité hospitalière de diagnostic, de traitement et de soins médicaux prenant en charge des patients présentant un état de douleurs chroniques, par une approche multidisciplinaire incluant les aspects somatiques, psychologiques et sociaux. Cette unité dispose de compétences médicales en algologie et en anesthésie et a recours à des compétences en psychologie, en kinésithérapie, en relaxation et en éducation thérapeutique. Elle offre une consultation spécialisée accessible aux patients ambulatoires au moins trois demi-journées par semaine, tient des réunions de concertation interdisciplinaires régulières et travaille en réseau avec les médecins et structures de soins extrahospitaliers. En l'absence d'un accès direct à une telle unité, une convention est établie avec un établissement hospitalier disposant d'une telle unité, précisant les modalités de la prise en charge coordonnée des patients.
Rééducation gériatrique # service max : 4 # lits min/service : 30 # lits max nationaux : 310	Un service assurant la récupération optimale des performances fonctionnelles, de la meilleure autonomie et qualité de vie de la personne fragile d'âge gériatrique, tenant compte de ses spécificités médicales, cognitives, psychiques, sociales, nutritionnelles et culturelles, en vue du retour ou maintien dans le milieu de vie du patient à la suite d'un événement de santé. Le service de rééducation gériatrique travaille en lien fonctionnel avec un service de gériatrie aiguë ou de médecine interne de l'établissement ou dispose d'une convention avec au moins un service de gériatrie aiguë d'un autre établissement, précisant les critères et les modalités de transfert des patients. En outre, il dispose de liens fonctionnels avec le secteur extrahospitalier ; il met à la disposition du public les critères d'admission, de début et de fin de prise en charge des patients, ainsi que l'offre de soins disponible, qui doit couvrir quotidiennement au moins 2 des disciplines suivantes : kinésithérapie, orthophonie, ergothérapie, au soutien psychologique, à l'assistance sociale et diététique. Pour chaque patient, il réalise un bilan interdisciplinaire d'admission, un programme individualisé de rééducation précisant les objectifs et la durée prévisible du projet thérapeutique et une réévaluation hebdomadaire interdisciplinaire.

	Un service de rééducation gériatrique peut disposer d'un hôpital de jour accueillant des patients ambulatoires pour rééducation gériatrique. Un service de rééducation gériatrique peut héberger une unité de rééducation neurologique et orthopédique, en l'absence de service dédié à ce type de rééducation sur le territoire.
Réhabilitation physique Service national # lits min/service : 30 # lits max nationaux : 40	Un service assurant la récupération optimale des performances fonctionnelles, de la meilleure autonomie et qualité de vie de la personne présentant un état général affaibli suite à une pathologie médicale ou chirurgicale aiguë, ou suite à une aggravation récente d'une affection chronique. La prise en charge tient compte des spécificités médicales, cognitives, psychiques, sociales, nutritionnelles et culturelles de la personne ; elle met en œuvre, après un bilan et l'établissement d'un plan de traitement en vue du retour ou maintien dans le milieu de vie du patient, des actes de réentraînement à l'effort, d'ergothérapie, de soutien psychologique et à l'éducation thérapeutique. Le service de réhabilitation physique dispose d'une convention avec au moins un service de médecine interne et un service de chirurgie d'un autre établissement, précisant les critères et les modalités de transfert des patients. En outre, il dispose de liens fonctionnels avec le secteur extrahospitalier ; il met à la disposition du public les critères d'admission, de début et de fin de prise en charge des patients, ainsi que l'offre de soins disponible, qui doit couvrir quotidiennement au moins deux des disciplines suivantes : kinésithérapie, ergothérapie, soutien psychologique, assistance sociale et diététique. Pour chaque patient, il réalise un bilan interdisciplinaire d'admission, un programme individualisé de rééducation précisant les objectifs et la durée prévisible du projet thérapeutique et une réévaluation hebdomadaire interdisciplinaire.
Réhabilitation post-oncologique Service national # lits min/service : 20 # lits max nationaux : 30	Un service assurant la récupération optimale des performances fonctionnelles, de la meilleure autonomie et qualité de vie de la personne présentant un déficit fonctionnel, en vue du retour ou maintien dans le milieu de vie du patient à la suite d'une affection oncologique ou d'un événement de santé lié à une telle affection. Le service de réhabilitation post-oncologique travaille en lien fonctionnel avec les services d'oncologie ou, selon la spécificité d'organe concerné, avec d'autres services hospitaliers ayant une activité d'oncologie, avec lesquels il dispose d'une convention, précisant les critères et les modalités de transfert des patients. En outre, il dispose de liens fonctionnels avec le secteur extrahospitalier ; il met à la disposition du public les critères d'admission, de début et de fin de prise en charge des patients, ainsi que l'offre de soins disponible, qui doit couvrir quotidiennement au moins deux des disciplines suivantes : kinésithérapie, orthophonie, ergothérapie, au soutien psychologique, à l'assistance sociale et diététique. Pour chaque patient, il réalise un bilan interdisciplinaire d'admission, un programme individualisé de rééducation précisant les objectifs et la durée prévisible du projet thérapeutique, et une réévaluation hebdomadaire interdisciplinaire.
Réhabilitation psychiatrique Service national # lits min/service : 30	Un service assurant la récupération optimale des performances fonctionnelles, la meilleure autonomie et qualité de vie des personnes atteintes de troubles mentaux ou de problèmes liés à l'abus de substances dans une approche pluridisciplinaire. Le service de réhabilitation psychiatrique travaille en lien fonctionnel avec les services de psychiatrie du pays. L'établissement public établit une convention avec les centres hospitaliers, précisant les critères et les modalités de transfert des patients. L'offre de soins disponible doit couvrir les besoins psychiques, sociaux, éducatifs et thérapeutiques de la population ciblée. En outre, le service dispose de liens

# lits max nationaux : ~~180~~240	fonctionnels avec le secteur extrahospitalier. Pour chaque patient, il réalise un bilan interdisciplinaire d'admission, un programme individualisé de rééducation et une réévaluation hebdomadaire interdisciplinaire. Le service comprend une unité de psychiatrie socio-judiciaire implantée sur le site du Centre pénitentiaire de Luxembourg.
Soins palliatifs 5 services # lits min/service : 6 # lits max nationaux : ~~60~~70	Un service destiné à des patients souffrant d'une affection grave et incurable en phase avancée ou terminale et dispensant des soins actifs, continus et coordonnés, pratiqués par une équipe pluridisciplinaire dans le respect de la personne soignée, visant à couvrir l'ensemble des besoins physiques, psychiques et spirituels de la personne soignée et de son entourage et comportant le traitement de la douleur et de la souffrance psychique. Le personnel médical et soignant du service atteste d'une formation spécifique en soins palliatifs et en accompagnement de patients en fin de vie, conformément aux dispositions prises sur base de l'article 1er, alinéa 4 de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie. Le service a recours aux soins de kinésithérapie, au soutien psychologique et à l'assistance sociale, et dispose de liens fonctionnels étroits avec des services médicaux et chirurgicaux hospitaliers, ainsi qu'avec les prestataires d'aide et de soins extrahospitaliers, qui précisent les critères et les modalités de transfert des patients. Le service garantit le respect de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, ainsi que la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient.

C. Services d'hospitalisation de longue durée (lits d'hospitalisation de longue durée)

Hospitalisation de longue durée médicale Service national # lits min/ service : ~~20~~8 # lits max nationaux : 20	Un service de surveillance médicale, de soins particuliers et continus et de traitements d'entretien de longue durée destinés aux patients souffrant de restrictions fonctionnelles prolongées ou permanentes de nature neurologique ou musculo-squelettique, pour lesquels une amélioration ne peut être atteinte à moyen terme par une prise en charge en rééducation ou en réhabilitation. Le service dispose de compétences médicales et professionnelles adaptées à la prise en charge et aux soins de patients en état pauci-relationnel ou affectés de déficiences neurologiques ou sensori-motrices graves.
Hospitalisation de longue durée psychiatrique Service national # lits min/ service : 67 # lits max nationaux : ~~67~~140	Un service de surveillance médicale, de soins particuliers et continus et de traitements d'entretien de longue durée destinés aux patients souffrant de restrictions fonctionnelles prolongées ou permanentes relevant de troubles de la santé mentale, pour lesquels une amélioration ne peut être atteinte à moyen terme par une prise en charge en rééducation ou en réhabilitation. Le service dispose de compétences médicales et professionnelles et d'un environnement adaptés~~.~~ à la prise en charge et aux soins de patients souffrant de troubles de la santé mentale graves et prolongés.

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

Dialyse 4 services # lits min/service : 0 # lits max nationaux : 0	Un service de soins ambulatoires dispensant la pratique de l'épuration extra-rénale aux patients âgés de plus de 8 ans atteints d'insuffisance rénale, par hémodialyse périodique. Le service se situe au sein d'un établissement hospitalier et dispose de liens fonctionnels étroits avec un service de médecine interne, un service d'imagerie médicale et un service de soins intensifs situés sur le même site. Le centre hospitalier disposant d'un service de dialyse établit une convention avec le service de néphrologie, précisant les critères et les modalités de transfert des patients. Le service de dialyse est placé sous la responsabilité d'un médecin spécialiste en néphrologie et comporte au moins huit postes d'hémodialyse de traitement, chaque poste de traitement ne pouvant servir à plus de trois patients par 24h. Le service de dialyse peut dispenser, sous la responsabilité du médecin spécialiste en néphrologie, la formation du patient pour l'autodialyse ; dans ce cas, le service dispose d'un poste d'entraînement situé dans un local spécifique au sein du service. Au sein du service, on distingue : - L'unité d'hémodialyse médicalisée, accueillant des patients qui nécessitent une présence médicale non-continue pendant la séance de traitement. - L'unité d'autodialyse, accueillant des patients formés à l'hémodialyse et ne requérant pas une présence médicale pendant la séance de traitement. L'unité d'autodialyse simple accueille des patients en mesure d'assurer eux-mêmes tous les gestes nécessaires à leur traitement ; l'unité d'autodialyse assistée accueille des patients qui requièrent l'assistance d'un infirmier pour certains gestes. Le service peut également dispenser, sous la responsabilité du médecin spécialiste en néphrologie, la formation du patient et de la tierce personne aidant le patient pour la dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale. Le service veille à orienter les patients vers l'unité et la modalité de dialyse la mieux adaptée à leur situation ; le centre hospitalier ne disposant pas d'une unité d'autodialyse conclut une convention de coopération avec un service offrant cette modalité de traitement, dès que disponible, précisant les critères et les modalités de la prise en charge coordonnée des patients. La convention prévoit la mise à disposition, dans l'unité d'hémodialyse médicalisée, de postes de repli réservés à la prise en charge temporaire des patients autodialysés pour motif médical, technique ou social.
Imagerie médicale 4 services # lits min/service : 0 #lits max nationaux : 0	Un service de diagnostic, pouvant également héberger des prestations de traitement et de soins pour des patients stationnaires ou ambulatoires, disposant de compétences médicales et professionnelles spécialisées en radiodiagnostic ou en médecine nucléaire utilisant les techniques d'acquisition et de restitution d'images du corps humain, structurelles et fonctionnelles. Le service est composé d'un plateau technique comprenant des équipements fixes ou mobiles d'imagerie médicale telles que l'échographie, la radiologie conventionnelle digitalisée, la radiologie par tomographie computérisée (CT-scanner), la résonnance magnétique nucléaire et la médecine nucléaire, dans leurs applications diagnostiques et dans leurs applications thérapeutiques telles que la réalisation d'actes

	médicaux guidés par l'imagerie, à l'exception de la radiothérapie externe. Le service se soumet aux lois et règlements en vigueur en matière d'utilisation médicale des rayonnements ionisants et en matière d'imagerie par résonnance magnétique nucléaire et assure le contrôle qualité de l'imagerie médicale de l'établissement. En vue d'une utilisation appropriée des ressources d'imagerie médicale, le service applique les principes de la justification des examens, de l'optimisation des examens et des doses, et de la limitation des risques. Il enregistre son activité afin de répondre aux exigences du carnet radiologique du patient. Un service d'imagerie médicale peut héberger un équipement pour mesure de la densité osseuse selon le procédé DEXA (absorption biphotonique à rayons X).
Hospitalisation de jour # services : non défini # lits min/service : non défini # lits max nationaux : non défini	Un service, faisant l'objet de dispositions organisationnelles et fonctionnelles distinctes, où sont dispensées des prestations de soins programmées dont la durée n'excède pas douze heures et qui ne donnent pas lieu à une nuitée. Le service est exploité par le même gestionnaire que celui de l'établissement hospitalier sur le site duquel il se trouve, dont il utilise l'infrastructure et emploie le personnel médical et les professions de santé. Le service exerce ses activités en lien fonctionnel et organisationnel direct avec les services hospitaliers correspondants aux domaines d'activité médicale ou chirurgicale couverts, ainsi qu'avec les plateaux médicotechniques associés dans cette prise en charge. Le service dispose de procédures écrites concernant la sécurité, la qualité, la continuité des soins et le suivi de la prise en charge des patients qui y sont admis. Un service d'hospitalisation de jour peut accueillir des enfants et adolescents âgés de moins de 16 ans à condition que la disponibilité sur appel d'un médecin spécialiste en pédiatrie pendant toute la durée de la prise en charge des enfants et adolescents y soit garantie. On distingue : - Le service d'hospitalisation de jour chirurgical, prenant en charge des patients pour des interventions chirurgicales programmées, dans le cadre de procédures établies d'évaluation préopératoire, d'admission, de sortie, de continuité des soins et de prise en charge de la douleur, en lien fonctionnel et organisationnel direct avec le plateau technique chirurgical de l'établissement dont il dépend. Les modalités d'accès et de transfert des patients entre le service d'hospitalisation de jour chirurgical et le bloc opératoire font l'objet de procédures écrites. - Le service d'hospitalisation de jour non-chirurgical, prenant en charge des patients pour des actes diagnostiques et thérapeutiques non-chirurgicaux planifiés, dans le cadre de procédures établies d'admission, de sortie et de continuité des soins. Outre le service d'hospitalisation de jour médical, des services d'hospitalisation de jour couvrant les domaines spécifiques de la rééducation, de la psychiatrie et de la pédiatrie peuvent être autorisés.
Procréation médicalement assistée	Un service réalisant, dans le cadre de la médecine de la reproduction, des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, la conservation des ovocytes, des tissus germinaux et des embryons, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle.

Service national # lits min/service : 0 # lits max nationaux : 0	Le service de procréation médicalement assistée dispose d'un lien fonctionnel direct avec un ou des services d'obstétrique, établis ou non sur le même site. Ce service doit de plus satisfaire aux critères définis en matière de qualité de la prise en charge de la stérilité et assurer aux patients, soit sur le même site et en lien avec son service d'obstétrique, soit par une convention avec d'autres établissements de santé, l'accès au suivi des grossesses à haut risque et au soutien psychologique. Le service dispose d'une charte de bonnes pratiques en matière de procréation médicalement assistée, approuvée par le comité d'éthique national et accessible au public. Il se soumet à un audit externe annuel évaluant le respect des dispositions de cette charte pour l'ensemble de son activité.
Urgence 4 services # lits min/service : 0 # lits max nationaux : 0 (lits porte)	Un service tenu d'accueillir toute personne en situation d'urgence qui s'y présente spontanément ou qui lui est adressée. Il doit assurer la prise en charge diagnostique et thérapeutique, les soins, la surveillance et l'observation du patient, le cas échéant jusqu'à son orientation vers le service adéquat. Le service d'urgence travaille en lien étroit avec les services de secours et les maisons médicales et dispose d'un accès à un service d'imagerie médicale, aux services de médecine interne générale, de traumatologie, de chirurgie viscérale, de soins intensifs et anesthésie et de psychiatrie aiguë, ainsi qu'au plateau technique de chirurgie, établis sur le même site. Les critères et les modalités de transfert des patients vers le service de soins intensifs et anesthésie sont précisés et portés à la connaissance du personnel de l'établissement. L'organisation de l'orientation du patient vers une autre structure se fait selon des procédures préalablement définies et l'orientation vers un autre établissement fait l'objet d'une convention entre les établissements concernés. Lorsqu'elle n'a pas lieu dans un service d'urgence pédiatrique, la prise en charge des enfants dans un service d'urgence est organisée en collaboration avec une structure pédiatrique située ou non dans l'établissement ou avec les médecins spécialistes concernés, selon une filière d'accueil et de soins séparée. Lorsque l'activité le justifie, l'accueil des enfants est organisé dans des locaux individualisés de manière à permettre une prise en charge adaptée à leur âge et à leur état de santé. L'organisation est adaptée pour favoriser la présence des proches, et notamment des parents, auprès des enfants pris en charge.
Urgence pédiatrique service national # lits min/service : 0 # lits max nationaux : 0 (lits porte)	Un service tenu d'accueillir tout enfant ou adolescent âgé de 0 à 16 ans et, le cas échéant jusqu'à 18 ans en situation d'urgence qui s'y présente spontanément ou qui lui est adressé, et organisé de manière à permettre une prise en charge spécifique adaptée à leur âge et à leur état de santé 24h/24 et 7j/7. L'organisation du service favorise la présence des proches, notamment des parents de l'enfant ou de l'adolescent lors de sa prise en charge. Il doit assurer l'observation, les soins, la surveillance de l'enfant ou de l'adolescent et le cas échéant sa prise en charge diagnostique et thérapeutique jusqu'à son orientation vers la structure adéquate. L'orientation du patient vers une autre structure de prise en charge se fait selon des procédures préalablement définies ; l'orientation vers un autre établissement fait l'objet d'une convention entre les établissements concernés, précisant les modalités et les critères de transfert entre les deux établissements.

	Le service d'urgence pédiatrique travaille en lien étroit avec les services de secours et les maisons médicales et dispose d'un accès à un service d'imagerie médicale disposant de compétences pédiatriques, à un service de pédiatrie spécialisée, à un plateau technique de chirurgie pédiatrique et à un service de soins intensifs pédiatriques établis sur le même site. Les critères et les modalités de transfert des patients vers ces services sont précisés et portés à la connaissance du personnel de l'établissement.

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

Fiche financière

Le projet de loi vise à modifier la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, ci-après « *loi hospitalière* », afin d'adapter notamment la capacité hospitalière aux besoins sanitaires actuels et futurs.

Une évaluation prospective jusqu'en 2040 des besoins sanitaires de la population résidente et de la population non-résidente protégée, a conduit à une révision des nombres minimaux et maximaux de lits autorisables pour les différents services hospitaliers de soins aigus, de moyen séjour et d'hospitalisation de longue durée tels que définis à l'annexe 2.

Cette révision s'inscrit dans une logique de planification à long terme : les lits ainsi prévus dans le présent projet de loi ne sont pas immédiatement disponibles, mais feront l'objet d'une mise à disposition progressive à l'horizon 2040, en fonction de l'évolution des besoins.

Le projet de loi prévoit donc une adaptation du nombre maximal de lits pouvant être autorisés au niveau national prévu à l'annexe 1 pour les lits aigus, de moyen séjour et d'hospitalisation de longue durée. Le nombre de lits supplémentaires maximums pouvant être autorisés s'élève à 598, à savoir +395 lits aigus dont 200 lits de réserve sanitaire, + 130 lits de moyen séjour et +73 lits d'hospitalisation de longue durée. Il convient de noter que ces lits pourront être autorisés dans le cadre de projets hospitaliers de construction en cours de planification ou de réalisation. Ces projets s'intègrent dans la stratégie globale d'adaptation des capacités hospitalières aux besoins futurs de la population.

Ce nombre de lits supplémentaires incluent également 50 lits de réserve sanitaire, tels que définis au point 10 du paragraphe 1 de l'article 2 de la loi hospitalière pour chacun des quatre centres hospitaliers (CHEM, CHL, CHdN et HRS). Ces lits de réserve sanitaire sont à activer selon la procédure prévue au paragraphe 8 de l'article 4 afin de réponde à des besoins sanitaires dans des situations exceptionnelles. Ces lits de réserve sanitaire constituent également une réserve capacitaire pouvant aussi être autorisés dans le cadre de la procédure d'autorisation d'exploitation d'un établissement hospitalier ou d'un service hospitalier visé à l'article 11 ou dans le cadre de la procédure de prorogation d'autorisation d'un service hospitalier visée à l'article 9 selon l'évolution des besoins sanitaires.

La présente fiche financière est réalisée sous l'hypothèse que le financement de la construction et de l'exploitation des lits supplémentaires ainsi identifiés serait équivalent alors qu'en réalité les lits de moyen et long séjour généreront des coûts moins élevés. Pour estimer l'impact financier lié à ces lits, la méthode de valorisation des coûts suivante a été retenue :

Frais de construction de l'infrastructure :

- Elle s'appuie sur la méthode KFA (utilisée pour la valorisation de surfaces stationnaires dans le cadre de projets d'infrastructures hospitalières à planifier) en tenant compte d'une mixité de types de surfaces à réaliser.
- Le coût au m² est calculé selon le barème KFA par type de surface fonctionnelle, en intégrant l'indice des coûts de construction fixé à 1149,68 (octobre 2024).
- Il est à noter que ce coût est calculé dans l'hypothèse de l'ajout de capacité stationnaire dans des infrastructures existantes.

Estimation du coût de construction :

- 599 995 EUR TTC par lit

Actuellement la répartition du financement :

- 80 % à charge de l'État
- 20 % à charge de la Caisse nationale de santé (CNS)

Types de surfaces	m2	Nombre	Total m2	KFA	Prix unitaire	Prix total
Lit standard (intermediate care)	18.00	1	18		€ 15 000	*€ 270 000*
Douche	4.00	1	4	KFA6	€ 9 400	*€ 37 600*
Locaux annexes (surfaces multifonctionnelles, logistiques et sanitaires)			22.00	KFA4	€ 5 280	*€ 116 160*
Surface utile nette (SUF) totale			*44.00*			
Surface brute de plancher (SBP) totale			*92.40*			
Surface technique (en % de la SBP)		8%	7.39	KFA10	€ 3 570	*€ 26 389*
Surface de circulation (en % de la SBP)		35%	32.34	KFA11	€ 2 402	*€ 77 681*
Surface de construction (en % de la SBP)		10%	9.24		€ 2 950	*€ 27 258*
Volume brut (en m3)			249.48		€ 180	*€ 44 906*
					TOTAL	*€ 599 995*

Selon les projections des besoins sanitaires réalisées jusqu'en 2040, il en résulte que le total des lits hospitaliers à l'annexe 1 passe de 3 147 à 3 745 lits, donc une augmentation de 598 lits autorisables. Le coût total de construction pour ces lits pouvant être générés dans le cadre de projets de construction s'élève à 358 797 010 EUR TTC dont 80% à charge de l'Etat.

Frais d'exploitation des lits :

Coût annuel moyen d'exploitation opposable à la CNS par lit (frais fixes, y inclus les frais d'amortissement de l'investissement 20%) :

- 179 444 EUR par lit (moyenne calculée sur 2021, 2022 et 2023) (sans distinction de type de lits)

Ce projet de loi s'inscrit dans une démarche de planification hospitalière anticipative et durable, visant à assurer une adéquation de l'offre hospitalière aux besoins projetés de la population jusqu'en 2040. En raison de la réalisation progressive de ces infrastructures dans les années futures, ce projet de loi n'entraîne pas de dépenses immédiates à prendre en charge par l'Etat ou la CNS, mais établit un cadre juridique et financier pour leur développement progressif.

Les lits de réserve sanitaire constituent une flexibilité d'évolution du nombre de lits pouvant être autorisés et adressés tant pour le besoin de réserve de lits en cas de situation de crise que pour la contribution à l'effort de défense du Luxembourg, conformément aux obligations découlant de sa participation au Traité de l'Atlantique Nord (OTAN) et aux accords transatlantiques

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

CHECK DE DURABILITÉ - NOHALTEGKEETSCHECK

La présente page interactive nécessite au minimum la version 8.1.3 d'Adobe Acrobat® Reader®. La dernière version d'Adobe Acrobat Reader pour tous systèmes (Windows®, Mac, etc.) est téléchargeable gratuitement sur le site de Adobe Systems Incorporated.

Ministre responsable :	Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale
Projet de loi ou amendement :	Projet de loi portant modification la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Le check de durabilité est un outil d'évaluation des actes législatifs par rapport à leur impact sur le developpement durable. Son objectif est de donner l'occasion d'introduire des aspects relatifs au développement durable à un stade préparatoire des projets de loi. Tout en faisant avancer ce thème transversal qu'est le developpement durable, il permet aussi d'assurer une plus grande cohérence politique et une meilleure qualité des textes législatifs.

1. Est-ce que le projet de loi sous rubrique a un impact sur le champ d'action (1-10) du 3ième Plan national pour un développement durable (PNDD) ?
2. En cas de réponse négative, expliquez-en succinctement les raisons.
3. En cas de réponse positive sous 1., quels seront les effets positifs et/ou négatifs éventuels de cet impact ?
4. Quelles catégories de personnes seront touchées par cet impact ?
5. Quelles mesures sont envisagées afin de pouvoir atténuer les effets négatifs et comment pourront être renforcés les aspects positifs de cet impact ?

Afin de faciliter cet exercice, l'instrument du contrôle de la durabilité est accompagné par des points d'orientation – **auxquels il n'est pas besoin de réagir ou répondre mais qui servent uniquement d'orientation** , ainsi que par une documentation sur les dix champs d'actions précités.

1. Assurer une inclusion sociale et une éducation pour tous.

Points d'orientation Documentation ☐ Oui ☒ Non

Le présent projet de loi n'aura aucun impact sur l'inclusion sociale et l'éducation pour tous.

2. Assurer les conditions d'une population en bonne santé.

Points d'orientation Documentation ☒ Oui ☐ Non

Le projet de loi vise à adapter notamment la capacité hospitalière aux besoins sanitaires actuels et futurs. Un accent particulier est mis sur les besoins de réhabilitation en psychiatrie, avec une augmentation notable du nombre de lits au Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP) afin de répondre à une demande croissante ne pouvant être satisfaite actuellement. En outre, le projet de loi prévoit la création progressive de lits de réserve sanitaire dans la capacité hospitalière, type de lits intégrés dans la loi hospitalière en réponse à la pandémie de COVID-19. Ces lits, destinés à faire face à des situations exceptionnelles (catastrophes, pandémies, crises internationales), pourront désormais être activés en dehors de ces contextes si les besoins en capacité de lits autorisés des services hospitaliers l'exigent. De plus, le choix est fait d'ajouter un renvoi aux situations de crise internationale grave au sens de la loi modifiée du 8 décembre 1981 sur les réquisitions en cas de conflit armé. La terminologie relative à l'obésité est également adaptée dans la loi hospitalière. L'expression « obésité

3. Promouvoir une consommation et une production durables. Points d'orientation Documentation ☐ Oui ☒ Non

Le présent projet de loi n'aura aucun impact sur la consommation et la production.

4. Diversifier et assurer une économie inclusive et porteuse d'avenir. Points d'orientation Documentation ☐ Oui ☒ Non

Le présent projet de loi n'aura aucun impact sur l'économie.

5. Planifier et coordonner l'utilisation du territoire. Points d'orientation Documentation ☐ Oui ☒ Non

Le présent projet de loi n'aura aucun impact sur l'utilisation du territoire.

6. Assurer une mobilité durable. Points d'orientation Documentation ☐ Oui ☒ Non

Le présent projet de loi n'aura aucun impact sur la mobilité.

7. Arrêter la dégradation de notre environnement et respecter les capacités des ressources naturelles. Points d'orientation Documentation ☐ Oui ☒ Non

Le présent projet de loi n'aura aucun impact sur l'environnement et les ressources naturelles.

8. Protéger le climat, s'adapter au changement climatique et assurer une énergie durable Points d'orientation Documentation ☐ Oui ☒ Non

Le présent projet de loi n'aura aucun impact sur le climat.

9. Contribuer, sur le plan global, à l'éradication de la pauvreté et à la cohérence des politiques pour le développement durable. Points d'orientation Documentation ☐ Oui ☒ Non

Le présent projet de loi ne contribue pas à l'éradication de la pauvreté et à la cohérence des politiques pour le développement durable.

10. Garantir des finances durables. Points d'orientation Documentation ☐ Oui ☒ Non

Le présent projet de loi n'aura aucun impact sur les finances durables.

Cette partie du formulaire est facultative - Veuillez cocher la case correspondante

En outre, et dans une optique d'enrichir davantage l'analyse apportée par le contrôle de la durabilité, il est proposé de recourir, de manière facultative, à une évaluation de l'impact des mesures sur base d'indicateurs retenus dans le PNDD. Ces indicateurs sont suivis par le STATEC.

Continuer avec l'évaluation ? ☐ Oui ☒ Non

(1) Dans le tableau, choisissez l'évaluation : **non applicable**, ou de 1 = **pas du tout probable** à 5 = **très possible**

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

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

La présente page interactive nécessite au minimum la version 8.1.3 d'Adobe Acrobat® Reader®. La dernière version d'Adobe Acrobat Reader pour tous systèmes (Windows®, Mac, etc.) est téléchargeable gratuitement sur le site de Adobe Systems Incorporated.

1. Coordonnées du projet

Intitulé du projet :	Projet de loi portant modification la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière		
Ministre:	La Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale		
Auteur(s) :	Delphine Stoffel, Michèle Marques		
Téléphone :	247-85667 ; 247-55534	Courriel :	Delphine.Stoffel@mss.etat.lu ; Michèle.Marques@mss
Objectif(s) du projet :	Modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière		
Autre(s) Ministère(s) / Organisme(s) / Commune (s) impliqué(e)(s)	N.A.		
Date :	4 juin 2025		

2. Objectifs à valeur constitutionnelle

Le projet contribue-t-il à la réalisation des objectifs à valeur constitutionnelle ? ☐ Oui ☒ Non

Dans l'affirmative, veuillez sélectionner les objectifs concernés et veuillez fournir une brève explication dans la case «Remarques» indiquant en quoi cet ou ces objectifs sont réalisés :

- ☐ Garantir le droit au travail et veiller à assurer l'exercice de ce droit
- ☐ Promouvoir le dialogue social
- ☐ Veiller à ce que toute personne puisse vivre dignement et dispose d'un logement approprié
- ☐ Garantir la protection de l'environnement humain et naturel en œuvrant à l'établissement d'un équilibre durable entre la conservation de la nature, en particulier sa capacité de renouvellement, ainsi que la sauvegarde de la biodiversité, et satisfaction des besoins des générations présentes et futures
- ☐ S'engager à lutter contre le dérèglement climatique et œuvrer en faveur de la neutralité climatique
- ☐ Protéger le bien-être des animaux
- ☐ Garantir l'accès à la culture et le droit à l'épanouissement culturel
- ☐ Promouvoir la protection du patrimoine culturel
- ☐ Promouvoir la liberté de la recherche scientifique dans le respect des valeurs d'une société démocratique fondée sur les droits fondamentaux et les libertés publiques

Remarques :

3. Mieux légiférer

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

Si oui, laquelle / lesquelles :

Remarques / Observations :

Destinataires du projet :

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

Le principe « Think small first » est-il respecté ? ☐ Oui ☐ Non ☒ N.a. [1]
(c.-à-d. des exemptions ou dérogations sont-elles prévues suivant la taille de l'entreprise et/ou son secteur d'activité ?)

Remarques / Observations :

[1] N.a. : non applicable.

Le projet est-il lisible et compréhensible pour le destinataire ? ☒ Oui ☐ Non

Existe-t-il un texte coordonné ou un guide pratique, mis à jour et publié d'une façon régulière ? ☒ Oui ☐ Non

Remarques / Observations :

Le projet a-t-il saisi l'opportunité pour supprimer ou simplifier des régimes d'autorisation et de déclaration existants, ou pour améliorer la qualité des procédures ? ☐ Oui ☒ Non

Remarques / Observations :

Le projet contient-il une charge administrative [2] pour le(s) destinataire(s) ? (un coût imposé pour satisfaire à une obligation d'information émanant du projet ?) ☐ Oui ☒ Non

Si oui, quel est le coût administratif [3] approximatif total ? (nombre de destinataires x coût administratif par

[2] Il s'agit d'obligations et de formalités administratives imposées aux entreprises et aux citoyens, liées à l'exécution, l'application ou la mise en œuvre d'une loi, d'un règlement grand-ducal, d'une application administrative, d'un règlement ministériel, d'une circulaire, d'une directive, d'un règlement UE ou d'un accord international prévoyant un droit, une interdiction ou une obligation.

[3] Coût auquel un destinataire est confronté lorsqu'il répond à une obligation d'information inscrite dans une loi ou un texte d'application de celle-ci (exemple : taxe, coût de salaire, perte de temps ou de congé, coût de déplacement physique, achat de matériel, etc.).

a) Le projet prend-il recours à un échange de données inter-administratif (national ou international) plutôt que de demander l'information au destinataire ? ☐ Oui ☐ Non ☒ N.a.

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

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

Si oui, de quelle(s) donnée(s) et/ou administration(s) s'agit-il ?	Prise de contact ad hoc avec les établissements hospitaliers pour comprendre les données de
Si oui, de quelle(s) donnée(s) et/ou administration(s) s'agit-il ?	Prise de contact ad hoc avec les établissements hospitaliers pour comprendre les données de la documentation hospitalière.

[4] Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE. (**www.cnpd.public.lu**)

Le projet prévoit-il :

- une autorisation tacite en cas de non réponse de l'administration ?	☐ Oui	☐ Non	☒ N.a.
- des délais de réponse à respecter par l'administration ?	☐ Oui	☐ Non	☒ N.a.
- le principe que l'administration ne pourra demander des informations supplémentaires qu'une seule fois ?	☐ Oui	☐ Non	☒ N.a.
Y a-t-il une possibilité de regroupement de formalités et/ou de procédures (p.ex. prévues le cas échéant par un autre texte) ?	☐ Oui	☐ Non	☒ N.a.

Si oui, laquelle :

En cas de transposition de directives communautaires, le principe « la directive, rien que la directive » est-il respecté ?	☐ Oui	☐ Non	☒ N.a.

Sinon, pourquoi ?

Le projet contribue-t-il en général à une :

a) simplification administrative, et/ou à une	☐ Oui	☒ Non
b) amélioration de la qualité réglementaire ?	☐ Oui	☒ Non

Remarques / Observations :

Des heures d'ouverture de guichet, favorables et adaptées aux besoins du/des destinataire(s), seront-elles introduites ?	☐ Oui	☐ Non	☒ N.a.
Y a-t-il une nécessité d'adapter un système informatique auprès de l'Etat (e-Government ou application back-office)	☐ Oui	☒ Non	

Si oui, quel est le délai pour disposer du nouveau système ?

Y a-t-il un besoin en formation du personnel de l'administration concernée ?	☐ Oui	☐ Non	☒ N.a.

Si oui, lequel ?

Remarques / Observations :

4. Egalité des chances

Le projet est-il :

- principalement centré sur l'égalité des femmes et des hommes ?	☐ Oui	☒ Non
- positif en matière d'égalité des femmes et des hommes ?	☒ Oui	☐ Non

Si oui, expliquez de quelle manière :

- neutre en matière d'égalité des femmes et des hommes ? ☒ Oui ☐ Non

Si oui, expliquez pourquoi : Aucune inégalité entre femmes ou hommes dans le cadre des modifications apportées.

- négatif en matière d'égalité des femmes et des hommes ? ☐ Oui ☒ Non

Si oui, expliquez de quelle manière :

Y a-t-il un impact financier différent sur les femmes et les hommes ? ☐ Oui ☐ Non ☒ N.a.

Si oui, expliquez de quelle manière :

5. Projets nécessitant une notification auprès de la Commission européenne

Directive « services » : Le projet introduit-il une exigence en matière d'établissement ou de prestation de services transfrontalière ? ☐ Oui ☐ Non ☒ N.a.

Si oui, veuillez contacter le Ministère de l'Economie en suivant les démarches suivantes :

https://meco.gouvernement.lu/fr/le-ministere/domaines-activite/services-marche-interieur/notifications-directive-services.html

Directive « règles techniques » : Le projet introduit-il une exigence ou règlementation technique par rapport à un produit ou à un service de la société de l'information (domaine de la technologie et de l'information)? ☐ Oui ☐ Non ☒ N.a.

Si oui, veuillez contacter l'ILNAS en suivant les démarches suivantes :

https://portail-qualite.public.lu/content/dam/qualite/publications/normalisation/2017/ilnas-notification-infoflyer-web.pdf

Texte coordonné

Loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, et portant modification : 1. du Code de la sécurité sociale ; 2. de la loi modifiée du 21 novembre 1980 portant organisation de la Direction de la santé ; 3. de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales ; 4. de la loi du 19 décembre 2003 portant création de l'établissement public « Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation » ; 5. de la loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public « Laboratoire national de santé » ; 6. de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient ; 7. de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État

Art. 1er.
(1) La présente loi est applicable :
1. aux hôpitaux ;
2. aux établissements d'accueil pour personnes en fin de vie ;
3. aux établissements de cures thermales ;
4. aux centres de diagnostic ; qu'ils soient gérés par une personne morale de droit public ou de droit privé. Les établissements visés aux points 1. à 4. sont désignés par l'expression « établissement hospitalier ».
(2) Les établissements hospitaliers ont pour mission de dispenser dans leur domaine d'activités des soins de santé stationnaires ou ambulatoires dans un contexte pluridisciplinaire, dans les conditions de soins et le cadre médical, médico-technique, professionnel et logistique requis et appropriés, pour ou à des patients qui y sont admis parce que leur état de santé exige cet ensemble de soins afin de traiter ou de soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais. Ils peuvent être autorisés par le ministre ayant la Santé dans ses attributions, dénommé ci-après « le ministre », à accomplir une mission d'enseignement et de recherche en matière de santé ou toute autre mission de santé publique. Les établissements hospitaliers doivent disposer d'une personnalité juridique.
(3) Est considéré comme :
1. « hôpital », tout établissement ayant principalement une mission de diagnostic, de surveillance et de traitement relevant de la médecine, de la chirurgie ou de l'obstétrique ainsi que de soins préventifs et palliatifs et disposant de services dans lesquels les patients sont admis ;
2. « centre hospitalier », tout hôpital assurant une large offre de prises en charge diagnostiques et thérapeutiques ;
3. « établissement hospitalier spécialisé », tout hôpital qui répond aux besoins spécifiques de certaines prises en charge diagnostiques et thérapeutiques ou à des affections particulières ;
4. « établissement d'accueil pour personnes en fin de vie », tout établissement qui a pour mission principale de dispenser des soins stationnaires à des personnes en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, à l'exclusion de soins à visée essentiellement curative ;
5. « établissement de cures thermales », tout établissement qui a pour mission de dispenser des cures thérapeutiques ;
6. « centre de diagnostic », tout établissement qui répond à des besoins spécifiques de certaines prises en charge diagnostiques de patients, y compris les analyses de biologie médicale conformément à

l'article 1er de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales, à l'exclusion de tous les traitements et soins.
(4) Dans le cadre de l'exercice d'activités réservées à une profession réglementée du domaine de la santé, l'utilisation des termes « hôpital », « clinique », « centre de diagnostic » ou de tout autre terme pouvant être confondu avec ces trois termes dans la dénomination sur les notes d'honoraires ou dans des actes officiels est réservée aux établissements hospitaliers autorisés conformément à l'article 7.

Art. 2.

(1) Sont considérés comme :
1. « unité de soins » : une unité fonctionnelle soit d'hospitalisation, soit médico-technique, prenant en charge des patients, située dans une même enceinte architecturale et relevant d'une dotation et d'une gestion communes ;
2. « service hospitalier » : unité d'organisation et de gestion comportant une ou plusieurs unités de soins où s'exerce l'activité médico-soignante de l'hôpital ;
3. « service national » : service hospitalier unique pour le pays regroupant les pathologies nécessitant le recours à des compétences, des équipements ou des infrastructures spécifiques. Il garantit la continuité des soins sur le plan national ;
4. « lits » : les lits hospitaliers qui sont de façon continue à la disposition des patients dans les services hospitaliers, en distinguant entre : a) lits aigus ; b) lits de moyen séjour ; c) lits d'hospitalisation de longue durée. (Loi du 29 octobre 2020) «d) lits de réserve sanitaire. » Les lits d'hospitalisation de jour et lits-portes ne sont pas considérés comme lits au sens de l'alinéa qui précède ;
5. « lits aigus » : les lits, y compris les lits de soins intensifs, hormis les lits de moyen séjour et les lits d'hospitalisation de longue durée, les lits de soins intensifs étant des lits réservés aux patients nécessitant des soins intensifs ;
6. « lits de moyen séjour » : lits réservés à la rééducation et à la réhabilitation de patients ainsi que les lits de soins palliatifs ; On entend par « lits de rééducation et de réhabilitation » : lits de moyen séjour des établissements hospitaliers et des services hospitaliers ayant pour mission la rééducation ou la réhabilitation sous ses différentes formes, que sont la rééducation et la réhabilitation fonctionnelle, la rééducation gériatrique, la réhabilitation physique et post-oncologique, la réhabilitation et la réadaptation de malades souffrant de troubles psychiques.
7. « lits d'hospitalisation de longue durée » : lits réservés aux soins hospitaliers de longue durée destinés aux patients souffrant de restrictions fonctionnelles justifiant une surveillance médicale, une prise en charge de même que des soins particuliers et continus par du personnel spécifiquement qualifié ainsi que des traitements d'entretien ;
8. « lits d'hospitalisation de jour » : lits d'hôpital ou places situés dans un hôpital de jour ou un service de dialyse, réservés aux activités suivantes :
a) actes chirurgicaux ou interventionnels nécessitant une surveillance et des soins pré- ou post-interventionnels ;
b) autres actes diagnostiques et thérapeutiques avec ou sans sédation majeure, à savoir :
- explorations fonctionnelles et endoscopiques ;
- imagerie interventionnelle ;
- ponctions et biopsies non-chirurgicales ;
c) diverses prises en charge thérapeutiques :
- épuration extra-rénale ;
- chimiothérapie, antibiothérapie, immunothérapie intraveineuses ;
- transfusion de produits et dérivés sanguins cytaphérèse ;
- traitements et prise en charge de situations spécifiques ;
d) soins de rééducation psychiatrique adulte, juvénile ou infantile ;
e) soins de revalidation, y compris gériatrique.

9. « lits-portes » : lits d'hôpital ou places situés dans l'enceinte d'un service d'urgence, exclusivement à la disposition des prises en charge urgentes nécessitant une présence médicale et une présence continue par du personnel soignant spécifiquement qualifié pendant une durée inférieure à 12 heures.
~~**10. « lits de réserve sanitaire » : lits hospitaliers aigus ou de moyen séjour dédiés exclusivement à la prise en charge de patients dans le cadre d'une crise sanitaire, une catastrophe, une pandémie, un acte de terrorisme ou d'un accident de grande envergure et qui nécessite le recours à des compétences, des ressources humaines, des équipements ou des infrastructures spécifiques ;**~~
« lits de réserve sanitaire » : lits hospitaliers aigus ou de moyen séjour dédiés à la prise en charge de patients dans le cadre d'une crise sanitaire, d'une catastrophe, d'une crise internationale grave au sens de la loi modifiée du 8 décembre 1981 sur les réquisitions en cas de conflit armé, de crise internationale grave ou de catastrophe, d'une pandémie, d'un acte de terrorisme ou d'un accident de grande envergure, qui nécessite le recours à des compétences, des ressources humaines, des équipements ou des infrastructures spécifiques ;
11. « site » : zone accueillant un ou plusieurs bâtiments exploités par un même organisme gestionnaire et dans laquelle la distance entre un bâtiment et le bâtiment le plus proche ne dépasse pas 500 mètres.
(2) Le nombre maximum de lits par catégories de lits pouvant être autorisé au niveau national est fixé à l'annexe 1 ~~**à l'exception des lits visés au paragraphe 1er, point 10**~~. La dénomination des différents types de service, les normes essentielles y afférentes, le nombre maximal au niveau national par type de service, le nombre minimal de lits par service et le nombre maximal de lits au niveau national par type de service figurent à l'annexe 2 «à l'exception des lits visés au paragraphe 1er, point 10.»

Art. 3.

(1) Le ministre procède à une évaluation des besoins sanitaires de la population résidente **et non-résidente protégé** sur base des données établies par la carte sanitaire, d'une évaluation démographique de la population résidente, de données relatives à l'état de santé de cette population ainsi que d'une comparaison internationale. Cette évaluation des besoins sanitaires nationaux a pour objectifs de :
1. définir les besoins au niveau national en établissements hospitaliers et en réseaux de compétences ;
2. définir les services hospitaliers autorisés et fixer leur nombre maximal au niveau national ;
3. fixer au niveau national un nombre maximal de lits pour l'ensemble des services de même dénomination, le nombre maximal de lits pouvant être autorisé.
(2) La carte sanitaire est un ensemble d'informations établi et mis à jour tous les deux ans par l'Observatoire national de la santé et constitué par :
1. l'inventaire de tous les établissements hospitaliers existants, de leurs services, de leur agencement général, du niveau de qualité des prestations et de leur taux d'utilisation ;
2. l'inventaire des réseaux de compétences, de leurs services hospitaliers et de leurs membres extrahospitaliers, de leur organisation générale, du niveau de qualité des prestations et de leur taux d'utilisation ;
3. les motifs d'hospitalisation stationnaire et ambulatoire des patients admis dans un établissement hospitalier ;
4. le relevé des médecins agréés, de leur spécialité, des professions de santé et du personnel administratif et technique desdits établissements ;
5. l'inventaire des équipements et appareils soumis à une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières ;
6. l'inventaire des établissements ou services prestataires en milieu extrahospitalier collaborant activement avec le secteur hospitalier dans le cadre de réseaux de compétences ;
7. l'inventaire des services d'urgence et des modalités de prise en charge qui y sont proposées ;

8. le nombre et les motifs des transferts ou hospitalisations dans des établissements qui se trouvent à l'étranger ;
9. l'utilisation des prestations des établissements hospitaliers nationaux par des non-résidents. Tous les établissements hospitaliers doivent fournir les renseignements nécessaires à l'élaboration de la carte sanitaire et à sa mise à jour biennale. À défaut de ce faire, le ministre n'accordera pas ou, le cas échéant, ne prorogera pas les autorisations dont question aux articles 7, 9 et 11.
(3) Le ministre doit recourir aux données dépersonnalisées des administrations publiques, des établissements publics ou d'autres organismes luxembourgeois ou étrangers, ainsi que des différents établissements hospitaliers, relatives :
1. aux séjours hospitaliers: données démographiques des patients, diagnostics, procédures médicales et des autres professions de santé, services d'hospitalisation et durée de séjour, mode d'entrée, provenance, mode de sortie, destination du patient après sortie ;
2. à l'utilisation des lits, lits d'hospitalisation de jour et équipements médicaux des établissements hospitaliers: la fréquence des différentes prestations par patient hospitalisé et ambulatoire, nombre de patients ; 3. à l'utilisation des services d'urgence: fréquence et distribution du recours à ces services, caractéristiques démographiques des patients et du degré d'urgence, mode d'entrée, provenance, mode de sortie et destination après sortie, taux d'utilisation des lits-portes au service d'urgence ; 4. à la fréquence et aux motifs d'un transfert à un établissement hospitalier situé à l'étranger ; 5. aux délais d'attente pour toutes les prestations hospitalières.

Art. 4.

(1) La gestion d'un hôpital ainsi que son exploitation sont assurées par un même organisme gestionnaire. Un centre hospitalier peut être exploité sur un ou plusieurs sites. Quatre centres hospitaliers peuvent être autorisés au maximum par le ministre. Chaque centre hospitalier dispose au maximum de trois sites hospitaliers et participe au service d'urgence sur un seul de ses sites. (Loi du 29 juillet 2023) « Par dérogation à l'alinéa 3, chaque centre hospitalier peut disposer de sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires dans le cadre des services visés aux paragraphes 2, points 3, 7 et 8, et 3, point 5, et dans les limites visées à l'article 9, paragraphe 6. Pour les sites supplémentaires, un centre hospitalier peut conclure avec un ou plusieurs médecins autorisés à exercer la médecine en vertu de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire un contrat précisant les modalités de gestion et d'utilisation des équipements et appareils visés à l'annexe 3, ainsi que des parties d'infrastructures les hébergeant. » Un centre hospitalier doit disposer de 300 lits aigus au moins et peut être autorisé à exploiter 700 lits aigus au maximum. Il exploite des lits aigus sur au maximum deux sites hospitaliers. Pour chaque centre hospitalier, le nombre exact de lits est arrêté dans l'autorisation d'exploitation.
(2) Tout centre hospitalier doit obligatoirement disposer d'une autorisation d'exploitation pour les services hospitaliers suivants, dans le respect des dispositions de l'annexe 2 :
1. Cardiologie
2. Chirurgie viscérale
3. Dialyse
4. Gastroentérologie
5. Gériatrie aiguë
6. Hospitalisation de jour chirurgicale
7. Hospitalisation de jour non chirurgicale
8. Imagerie médicale
9. Médecine interne générale
10. Neurologie
11. Obstétrique

12. ORL
13. Pneumologie
14. Psychiatrie aiguë
15. Soins intensifs et anesthésie
16. Soins palliatifs
17. Traumatologie et orthopédie
18. Urgence
19. Urologie Les centres hospitaliers, qui ne disposent pas du service national de néphrologie, doivent disposer d'un service de dialyse.

(3) Chaque centre hospitalier peut exploiter un des services hospitaliers suivants, dans le respect des dispositions de l'annexe 2 et dans la limite du nombre maximal autorisable au niveau national :

1. Chirurgie esthétique
2. Chirurgie vasculaire
3. Gynécologie
4. Neuro-vasculaire (stroke unit niveau 1)
5. Oncologie
6. Pédiatrie de proximité
7. Rééducation gériatrique Les centres hospitaliers, qui ne disposent pas du service national de pédiatrie spécialisée, peuvent être autorisés à exploiter un service de pédiatrie de proximité. Les centres hospitaliers, qui ne disposent pas du service national de chirurgie plastique, peuvent être autorisés à exploiter un service de chirurgie esthétique.

(4) Chacun des services hospitaliers suivants est qualifié de « service national » et, en tant que tel, son exploitation ne peut être autorisée que dans un seul hôpital :

1. Chirurgie pédiatrique
2. Chirurgie plastique
3. Hémato-oncologie
4. Hospitalisation de longue durée médicale
5. Immuno-allergologie
6. Maladies infectieuses
7. Médecine de l'environnement
8. Néonatologie intensive
9. Néphrologie
10. Neurochirurgie
11. Stroke unit niveau 2
12. Ophtalmologie spécialisée
13. Pédiatrie spécialisée
14. Procréation médicalement assistée
15. Psychiatrie infantile
16. Psychiatrie juvénile
17. Soins intensifs pédiatriques
18. Urgence pédiatrique Les services de chirurgie pédiatrique, de néonatologie intensive, de pédiatrie spécialisée, de procréation médicalement assistée, de soins intensifs pédiatriques et d'urgence pédiatrique sont obligatoirement réunis dans un même centre hospitalier disposant d'une maternité de niveau 2, telle que définie à l'annexe 2.

(5) Un centre hospitalier qui en fait la demande peut être autorisé à exploiter 30 à 70 lits de moyen séjour dans le domaine de la rééducation gériatrique. Un seul centre hospitalier peut être autorisé à exploiter 20 lits d'hospitalisation de longue durée au maximum.

(6) Les centres hospitaliers sont obligés de participer au service de garde. Ils conviennent entre eux de l'établissement du plan du service de garde, le directeur de la Santé entendu en son avis. Ils communiquent ce plan pour approbation au ministre, six mois à l'avance et pour une période semestrielle. Le plan indique la personne responsable de l'organisation du service de garde de chaque centre hospitalier. Tout changement à ce plan est immédiatement communiqué au ministre, qui est censé ratifier le changement, à moins de faire connaître sans délai son opposition. Dans ce cas, il doit prendre les mesures propres à assurer le fonctionnement du service. Si les centres hospitaliers n'arrivent pas à se mettre d'accord sur l'établissement du plan du service de garde, le ministre établit ce plan d'office.
(7) Un règlement grand-ducal précise les exigences auxquelles les services d'urgence doivent répondre en ce qui concerne leur équipement et la présence effective ou la disponibilité du personnel médical et soignant, ainsi que les modalités suivant lesquelles ces services assurent la prise en charge des urgences.
(8) En cas de besoins sanitaires liés à tout type de catastrophes **ou d'une crise internationale grave constatée au sens de la loi modifiée du 8 décembre 1981 sur les réquisitions en cas de conflit armé, de crise internationale grave ou de catastrophe**, de pandémies, d'actes de terrorisme ou d'accidents de grande envergure déclarés par une décision du Gouvernement en conseil ou de catastrophe, le ministre ou le membre du Gouvernement qui le remplace en cas d'empêchement peut prendre toutes les mesures que la situation exige, et même ordonner la réquisition des établissements hospitaliers et du personnel médical, soignant et technique qui leur est attaché. La réquisition est faite oralement ou par écrit à un responsable de l'établissement. Elle comporte pour celui-ci l'obligation d'avertir, en spécifiant qu'il agit sur ordre du ministre, un nombre suffisant de médecins et de membres du personnel soignant et technique pour assurer le service qui est demandé à l'établissement. Toute prestation effectuée en vertu de la réquisition par un établissement hospitalier ou par un médecin donne droit à une indemnisation. Si celle-ci ne peut pas être obtenue de la part de la personne qui a bénéficié de la prestation ou de l'organisme de sécurité sociale dont elle relève, elle est à charge de l'État.
Dans les hypothèses visées à l'alinéa 1er, le ministre peut également autoriser les établissements hospitaliers qu'il désigne, à exploiter le nombre de lits de réserve sanitaire qu'il estime nécessaire et ce en dépassement du nombre maximum de lits autorisables au titre des articles 4 et 5, de l'annexe 1 et 2 ainsi que du nombre maximum de lits retenus dans les différentes autorisations d'exploitation et de services des établissements hospitaliers. Ces lits peuvent être exploités soit dans un ou plusieurs services hospitaliers autorisés conformément à l'annexe 2, soit dans un service hospitalier spécifique y dédié et non prévu à l'annexe 2.
~~**L'autorisation d'exploitation des lits de réserve sanitaire est limitée à douze mois maximum. Elle est renouvelable pour la même durée maximum.**~~
Dans les hypothèses visées à l'alinéa 1er, le ministre peut également autoriser un hôpital à acquérir, détenir ou utiliser temporairement tout équipement national au-delà du nombre maximal déterminé à l'annexe 3 ou tout équipement de plus de 250 000 euros nécessaire à la gestion d'un tel événement sans devoir se soumettre à la procédure prévue à l'article 14, paragraphe 2.
Les moyens financiers, structurels, en ressources humaines nécessaires à l'exploitation des lits de réserve sanitaire autorisés selon l'alinéa 2 et les équipements autorisés selon l'alinéa 4 sont à charge du budget de l'État.

Art. 5.

(1) Les services hospitaliers nationaux suivants peuvent constituer un établissement hospitalier spécialisé de :
1. cardiologie interventionnelle et chirurgie cardiaque avec un nombre maximum de 30 lits aigus pouvant y être autorisé ;

2. radiothérapie avec un nombre maximum de 2 lits aigus pouvant y être autorisé.
(2) L'établissement public dénommé « Centre hospitalier neuropsychiatrique » constitue un établissement hospitalier spécialisé en réhabilitation psychiatrique et exploite le service national de réhabilitation psychiatrique ainsi que le service d'hospitalisation de longue durée psychiatrique. Le nombre maximum de lits pouvant y être autorisé ne peut être supérieur à ~~180~~**240** lits de moyen séjour et ~~67~~**140** lits d'hospitalisation de longue durée.
(3) L'établissement public dénommé « Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation » constitue un établissement hospitalier spécialisé en rééducation fonctionnelle et exploite le service national de rééducation fonctionnelle. Le nombre maximum de lits pouvant y être autorisé ne peut être supérieur à ~~100~~**150** lits de moyen séjour.
(4) Outre les services de rééducation gériatrique autorisés dans les hôpitaux, le ministre peut autoriser un établissement hospitalier spécialisé en rééducation gériatrique à exploiter un service de rééducation gériatrique. Le nombre maximum de lits pouvant y être autorisé ne peut être supérieur à 40 lits de moyen séjour.
(5) Le ministre peut autoriser au maximum un établissement hospitalier spécialisé en réhabilitation physique et post-oncologique qui exploite les services nationaux de réhabilitation physique et de réhabilitation post-oncologique. Le nombre maximum de lits pouvant y être autorisé ne peut être supérieur à 60 lits de moyen séjour.
(6) Pour chaque établissement hospitalier spécialisé, le nombre exact de lits autorisés est arrêté dans l'autorisation d'exploitation. Les établissements hospitaliers spécialisés visés aux paragraphes 2 à 5 doivent disposer de 30 lits au moins. 1 Remplacé par la loi du 29 octobre 2020.

Art. 6.
(1) Le ministre peut autoriser au maximum un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie. Le nombre maximum de lits de cet établissement pouvant être autorisé ne peut être supérieur à ~~20~~**25** lits de moyen séjour. Le nombre exact de lits de l'établissement hospitalier qui est autorisé ci-avant est arrêté dans son autorisation d'exploitation.
(2) Le ministre peut autoriser au maximum un établissement de cures thermales.
(3) À l'exception du centre de diagnostic dans le domaine de la génétique humaine et de l'anatomopathologie visé à l'article 2 de la loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public « Laboratoire national de santé », aucun centre de diagnostic ne peut être autorisé par le ministre.
Le centre de diagnostic visé à l'alinéa précédent a pour objet de réaliser des examens en ce qui concerne :
a) l'anatomie pathologique : les examens relevant de la cytologie et de l'histologie ;
b) la génétique humaine : les examens portant sur l'hérédité ou non de malformations et d'anomalies, tant physiques que psychiques, la nature moléculaire de ces malformations et anomalies ou le fait d'être porteur de caractères héréditaires, y compris l'interprétation de ces examens et le conseil génétique.

Art. 7.
(1) L'exploitation et l'extension de tout établissement hospitalier sont soumises à l'autorisation du ministre conformément à la procédure prévue ci-dessous.
(2) L'organisme gestionnaire de l'établissement hospitalier sollicite, sur base d'un projet d'établissement, une autorisation d'exploitation auprès du ministre qui décide après avoir demandé l'avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier.
(3) Ce projet d'établissement comporte :
1. la dénomination de l'établissement hospitalier ;
2. les objectifs et missions de l'établissement ;
3. la dénomination et la forme juridique de son organisme gestionnaire ;

4. l'organigramme général de l'établissement ;
5. le nombre ainsi que la localisation de ses sites et bâtiments hospitaliers ;
6. le nombre et le type de lits, y compris les lits d'hospitalisation de jour et de lits-portes, que l'établissement souhaite exploiter ;
7. le nombre et la localisation des services hospitaliers stationnaires et ambulatoires sollicités ;
8. les équipements ou les appareils soumis à planification nationale. Au projet d'établissement est joint l'avis y relatif du Conseil médical.

(4) L'autorisation d'exploitation délivrée par le ministre à un établissement hospitalier reprendra les points 1. à 8. retenus ou rectifiés par le ministre suite à l'examen du projet d'établissement, y compris le nombre de lits autorisés pour chaque service.

(5) Lorsqu'un organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier modifie son projet d'établissement, il en avise le ministre, qui décide sur le bien-fondé de cette modification en respectant la procédure prévue au paragraphe 2 du présent article.

(6) Un établissement hospitalier ne peut bénéficier des subventions financières étatiques visées à l'article 15 qu'à condition de disposer d'une autorisation d'exploitation valable.

Art. 8.

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

1. des projets de modernisation, d'extension ou de mise en conformité avec des normes de sécurité ou d'hygiène de structures hospitalières existantes ;
2. des projets de construction nouvelle en remplacement de structures existantes ou résultant de synergies ou de coopérations entre plusieurs établissements hospitaliers existants entraînant une désaffectation des structures hospitalières remplacées ou leur réaffectation à une destination hospitalière dûment autorisée ; 3. des projets « de construction nouvelle ou »1 de réaménagement ou de transformation de structures existantes visant à « développer » la prise en charge ambulatoire (. . .)3 .

(2) Seuls les projets mentionnés aux points 1. à 3. sont financés par le biais du fonds pour le financement des infrastructures hospitalières au titre de l'article 15. 1 Inséré par la loi du 29 juillet 2023.

Art. 9.

(1) L'exploitation d'un service hospitalier ainsi que toute demande de création, d'extension ou de modernisation d'un service hospitalier ou de prorogation d'autorisation d'un service hospitalier doit être soumise par l'organisme gestionnaire de l'établissement hospitalier pour autorisation au ministre qui décide après avoir demandé l'avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier.

(2) Par extension d'un service hospitalier, on entend l'augmentation des surfaces architecturales destinées à l'accueil et au séjour des patients ou l'augmentation du nombre des lits. Une extension limitée en mètres carrés pour des petits travaux d'agrandissement de fonctions existantes, et qui ne donnent pas lieu à de nouvelles fonctionnalités, n'est pas considérée comme une extension de service.

(3) Par modernisation d'un service hospitalier, on entend les adaptations nécessaires pour que ce service puisse se conformer aux normes de sécurité ou d'hygiène, aux critères contenus dans les définitions de services visés à l'annexe 2 ou dans les normes réglementaires prévues à l'article 10. (4) La demande d'exploitation d'un service doit être accompagnée, pour chaque service hospitalier, d'un projet de service cohérent avec le projet d'établissement visé à l'article 7 et respectant les critères fixés dans les définitions de services prévues à l'annexe 2 ainsi que d'autres normes déterminées par règlement grand-ducal conformément à l'article 10.

(5) Ce projet de service comporte :

1. la dénomination du service, le type de patients et de pathologies pris en charge et le volume d'activités attendu ;
2. les unités de soins au sens de l'article 2, stationnaires, ambulatoires, médico-techniques ou autres qui le constituent ainsi que les liens organisationnels et fonctionnels entre elles et avec d'autres services hospitaliers ;
3. les ressources humaines, l'organigramme, les équipements y affectés spécifiquement, le nombre de lits et le type de lits ainsi que le nombre de lits d'hospitalisation de jour ou de lits-portes ;
4. la localisation principale du service et de ses antennes éventuelles sur un ou plusieurs sites hospitaliers ;
5. l'organisation et les moyens mis en place pour assurer la continuité des soins ;
6. la prise en charge dans laquelle les activités médicales et chirurgicales du service s'inscrivent ;
7. le volume d'activités en cas d'extension et de modernisation d'un service hospitalier ou de prorogation d'autorisation d'un service hospitalier ;
8. la politique d'admission, de transfert et de sortie de patients. Au projet de service est joint l'avis y relatif du Conseil médical.

(6) Chaque établissement hospitalier ne peut disposer que d'un seul service hospitalier de la même nature et sur un site unique. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'un établissement multi-sites, un service hospitalier autorisé peut comprendre une unité de soins située sur un autre site hospitalier du même établissement hospitalier. Dans ce cas, l'unité est considérée comme une « antenne de service ». (Loi du 29 juillet 2023) « Un centre hospitalier peut disposer de deux antennes supplémentaires par service visé à l'article 4, paragraphe 1er, alinéa 4. »

(7) L'antenne de service répond aux conditions ci-après :
1. assurer une amélioration objective de l'accessibilité des soins prodigués par le service hospitalier correspondant ;
2. être en liaison fonctionnelle étroite avec le service hospitalier ;
3. disposer de la même équipe de médecins spécialisés pour assurer la continuité des soins dans le service hospitalier et son « antenne », et appliquer les mêmes procédures de prise en charge. Une « antenne de service » peut également être exploitée par un établissement hospitalier ne disposant pas du service hospitalier en question, sur base d'une convention de collaboration interhospitalière avec un établissement hospitalier disposant d'un tel service, dont le projet de service reprend les modalités de cette collaboration.

(8) Un établissement hospitalier ne peut bénéficier des subventions financières étatiques visées à l'article 15 au profit des services hospitaliers qu'à condition de disposer d'une autorisation d'exploitation valable.

Art. 10.

Les normes des services hospitaliers mentionnées aux articles 4 et 5 et qui figurent à l'annexe 2 peuvent être précisées par règlement grand-ducal en ce qui concerne :
1. l'aménagement, l'organisation générale ainsi que le taux d'occupation du service ;
2. les effectifs médicaux requis, les spécialités médicales concernées, les professionnels de santé et leur dotation ;
3. le niveau de continuité de service à respecter ;
4. l'environnement, l'infrastructure et l'architecture requis sur le site hospitalier abritant le service, dont la disponibilité d'autres services et de compétences médicales et professionnelles extérieures au service ;
5. les procédures, les activités ainsi que les modalités de documentation de l'activité et de l'évaluation des résultats d'activité ;
6. la politique d'admission, de transfert et de sortie de patients.

Art. 11.

(1) La première autorisation d'exploitation d'un établissement hospitalier ou d'un service hospitalier, suite à la procédure prévue aux articles 7 et 9, est accordée pour une durée maximale de cinq ans.
(2) Les autorisations mentionnées au paragraphe précédent sont prorogées à chaque fois pour une durée maximale de cinq ans. L'autorisation d'exploitation d'un établissement hospitalier peut être adaptée avant l'échéance de cinq ans. Au cas où un organisme gestionnaire modifie son projet d'établissement ou de service, et que ce changement affecte les conditions de l'autorisation d'exploitation, il sollicite une adaptation de son autorisation d'exploitation avant son délai d'échéance. (3) La demande de prorogation est faite par l'organisme gestionnaire moyennant une lettre recommandée à adresser au ministre au plus tard six mois avant l'échéance de l'autorisation. À l'appui de la demande visée à l'alinéa qui précède, l'organisme gestionnaire doit établir :
1. pour la prorogation de l'autorisation d'exploitation, que l'établissement hospitalier continue à respecter, son projet d'établissement ;
2. pour la prorogation des autorisations de services hospitaliers, que l'établissement hospitalier continue à respecter, toutes les prescriptions des définitions des services mentionnées à l'annexe 2 ainsi que les normes réglementaires fixées conformément à l'article 10.
(4) Sans préjudice du paragraphe 2 et de l'article 12 ci-après et après avoir demandé l'avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier, le ministre peut refuser :
1. l'autorisation d'exploitation d'un établissement hospitalier ou sa prorogation s'il ne respecte plus son projet d'établissement ou s'il ne répond plus aux besoins sanitaires nationaux ;
2. l'autorisation d'exploitation d'un service hospitalier ou sa prorogation s'il ne répond pas aux prescriptions des définitions mentionnées à l'annexe 2, aux normes déterminées conformément à l'article 10 ou aux besoins sanitaires nationaux.
(5) En cas de non-prorogation de l'autorisation d'exploitation d'un établissement hospitalier ou d'un service hospitalier ou de fermeture d'un site hospitalier, le ministre fixe le délai endéans lequel l'établissement hospitalier, le service hospitalier ou le site hospitalier doit être fermé. Ce délai est de deux ans au maximum dans le cas de la fermeture d'un établissement hospitalier ou d'un site hospitalier. Dans le cas d'un service hospitalier, ce délai est d'un an au maximum.
(6) Aux termes des délais visés au paragraphe précédent, l'organisme gestionnaire doit cesser l'exploitation de l'établissement hospitalier, du service hospitalier ou toute activité sur le site hospitalier.

Art. 12.

(1) Lorsqu'il appert, au vu d'un rapport du directeur de la Santé, qu'un établissement ou service hospitalier :
1. ne répond pas aux conditions mentionnées aux définitions de l'annexe 2 ou aux normes déterminées conformément à l'article 10, ou
2. ne dispose pas des autorisations d'exploitation requises en vertu des articles 7 et 9 ;
3. contrevient aux autres dispositions de la présente loi ;
4. ne répond plus aux besoins sanitaires déterminés conformément à l'article 3 ; le ministre met l'organisme gestionnaire de l'établissement concerné en demeure de se conformer aux procédures, définitions et normes dans un délai qu'il fixera et qui sera inférieur à un an.
(2) Passé ce délai et à défaut par l'organisme gestionnaire de s'être conformé aux prescriptions, le ministre peut ordonner endéans les délais prévus à l'article 11, paragraphe 5, la fermeture de l'établissement ou du service après avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier. Ces avis doivent être fournis dans le mois de leur saisine.
(3) Lorsque des raisons urgentes de santé publique le justifient, le ministre, au vu d'un rapport du directeur de la Santé et après avoir entendu l'organisme gestionnaire concerné, peut ordonner, par décision motivée et à titre provisoire, la fermeture immédiate d'un établissement hospitalier ou d'un service hospitalier. Le ministre en informe immédiatement le Collège médical et la Commission

permanente pour le secteur hospitalier. Ceux-ci doivent fournir leurs avis dans un délai d'un mois. Après avoir reçu communication de l'avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier, le ministre prend une décision définitive dans le délai d'un mois. La décision est notifiée à l'intéressé par lettre recommandée.

Art. 13.

L'organisme gestionnaire qui veut cesser l'exploitation totale d'un établissement hospitalier ou d'un service hospitalier doit en aviser au préalable le ministre au moins un an à l'avance. Ce délai peut être abrégé par le ministre à la demande de l'organisme gestionnaire si aucune raison majeure de santé publique ne s'y oppose.

Art. 14.

(1) Les équipements et appareils « utilisés en vue d'une prise en charge médicale »1 , qui soit en raison de leur coût « dépassant 250.000 euros HTVA valeur à neuf, »2 soit en raison du personnel hautement qualifié que leur utilisation requiert, « , soit exigeant des conditions d'emploi particulières, sont réservés aux centres hospitaliers sur leurs sites visés à l'article 4 »1 . (Loi du 29 juillet 2023) « Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale nécessitant une planification nationale sont limités par un nombre maximum. Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières sont déterminés à l'annexe 3. » 1 Remplacé par la loi du 29 juillet 2023. 2 Inséré par la loi du 29 juillet 2023.) « Ne sont pas visés par l'alinéa 1er, les laboratoires d'analyses médicales au sens de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales. »

(2) Tout établissement hospitalier ayant l'intention d'acquérir ou d'utiliser un appareil ou un équipement hospitalier mentionné au paragraphe 1er ou un équipement ou appareil médical dont le coût dépasse 250.000 euros doit soumettre son projet à l'autorisation du ministre qui sollicite l'avis de la Commission permanente pour le secteur hospitalier. La demande d'autorisation doit être accompagnée d'une analyse des coûts et des charges du personnel qui utilise cet équipement ou appareil, des coûts de formation de ce personnel et des coûts d'entretien relatifs à cet équipement ou appareil.

(3) Le choix des établissements hospitaliers dans lesquels peuvent être installés les équipements prévus au paragraphe 1er se fait en fonction d'une activité correspondante adéquate ainsi que de l'attribution des services hospitaliers dont ils relèvent, pour ce qui est des équipements uniques, de la disponibilité d'autres équipements et ressources indispensables ou utiles au fonctionnement de l'équipement à installer.

(4) L'autorisation d'exploitation de chaque établissement mentionnera le lieu d'installation des appareils et équipements visés au paragraphe 1er.

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

Art. 15.

L'État participe à raison de 80 pour cent aux frais des investissements mobiliers et immobiliers des établissements hospitaliers autorisés par le ministre conformément à l'article 17, la Commission permanente pour le secteur hospitalier demandée en son avis et qui ont trait : 1. aux équipements et appareils dont question à l'article 14, paragraphe 1er « , et soumis à planification nationale »1 ; 2. aux projets visés aux points 1. à 3. de l'article 8 : a) lorsqu'un tel projet concerne un centre hospitalier et dépasse un montant de 500.000 euros hors TVA ; b) lorsqu'un tel projet concerne un établissement hospitalier spécialisé mentionné à l'article 5 ou un autre établissement hospitalier mentionné à l'article 6 et dépasse un montant de 250.000 euros hors TVA.

Art. 16.
(1) Sur décision de leurs organismes gestionnaires respectifs, des établissements hospitaliers peuvent mettre en commun des activités et bénéficier à ce titre des subventions prévues à l'article qui précède, lorsqu'ils procèdent à des investissements communs.
(2) L'allocation de l'aide financière pour les projets en commun suit les mêmes règles que pour les projets individuels des établissements hospitaliers, en ce qui concerne la définition des parties subventionnables et des besoins des établissements hospitaliers.
Art. 17.
(1) En vue d'obtenir une subvention conformément aux dispositions qui précèdent, la direction d'un établissement hospitalier doit présenter une demande au ministre. La demande doit être accompagnée des pièces justificatives requises. Elle est instruite par la Commission permanente pour le secteur hospitalier conformément aux dispositions de l'article 22.
(2) Un règlement grand-ducal détermine les modalités détaillées de la procédure de demande, notamment en ce qui concerne : 1. les délais et modalités d'instruction du dossier ; 2. les pièces justificatives à joindre ; 3. une étude des besoins et de l'impact sur le système de santé ainsi que l'étendue et les modalités de cette étude.
(3) La subvention est allouée par décision du ministre.
Art. 18.
(1) Il est institué un fonds pour le financement des infrastructures hospitalières appelé par la suite « fonds », conformément aux articles 76 et 77 de la loi modifiée du 8 juin 1999 sur le budget, la comptabilité et la trésorerie de l'État.
Le fonds est destiné à honorer les engagements pris par l'État conformément à l'article 15, point 2. ainsi qu'à l'article 16, y compris les frais financiers~~**, à condition que chaque établissement hospitalier fasse parvenir au ministre les factures dont il sollicite le remboursement au plus tard dans les six mois à compter de la date de la facture ou de la libération de garantie**~~.
(2) Les subventions pour équipements et appareils nécessitant une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières qui sont sollicitées par les établissements hospitaliers conformément à l'article 15, point 1., sont à charge du budget de l'État et non du fonds.
(3) Le fonds est placé sous l'autorité du ministre et alimenté par des dotations budgétaires annuelles. Les dépenses imputables au fonds font l'objet d'une programmation pluriannuelle par le gouvernement. 1 Inséré par la loi du 29 juillet 2023.
(4) Les subventions prévues à la présente loi sont accordées sur base de conventions signées avec les maîtres d'ouvrage respectifs telles que prévues à l'article 1er, dernier alinéa de la loi modifiée du 21 juin 1999 autorisant l'État à participer au financement de la modernisation, de l'aménagement ou de la construction de certains établissements hospitaliers. Ces conventions prévoient les modalités de contrôle par rapport à la conformité des investissements autorisés et de la liquidation des subventions consenties.
(5) La liquidation, à charge du fonds, des subventions accordées au titre d'un projet d'investissement déterminé est effectuée, le cas échéant, après déduction des avances éventuellement déjà accordées au titre du même projet d'investissement.
(6) Après signature de la convention prévue au paragraphe 4, chaque établissement hospitalier fait parvenir au ministre les factures dont il sollicite le remboursement. Le remboursement des factures payées est à solliciter dans un délai de six mois à compter de la date de paiement ou de la libération de garantie.
Le remboursement des factures payées avant la date de signature de la convention est à solliciter dans un délai de six mois à compter de la date de signature de la convention, sur la base d'un décompte certifié par le réviseur d'entreprises agréé de l'hôpital.
Art. 19.

Pour chaque projet pour lequel la participation étatique visée à l'article 15 dépasse le seuil fixé à l'article 80 de la loi modifiée du 8 juin 1999 sur le budget, la comptabilité et la trésorerie de l'État, une loi spéciale fixe le montant des subventions à charge du fonds à ne pas dépasser.

Art. 20.

(1) Les bénéficiaires des subventions régies par la présente loi perdent les avantages qui leur ont été consentis si, avant l'expiration d'un délai de 5 ans pour les investissements mobiliers et d'un délai de 20 ans pour les investissements immobiliers, à partir de leur octroi, ils : 1. aliènent à titre onéreux, cèdent ou échangent les biens mobiliers ou immobiliers en vue desquels les subventions ont été consenties, ou 2. modifient l'affectation originaire des biens mobiliers ou immobiliers. La perte des avantages est calculée au prorata du temps restant à courir jusqu'à la fin des délais respectifs prévus à l'alinéa 1er.

(2) Sans préjudice des dispositions prévues au paragraphe 1er, les subventions financières restent acquises si les biens mobiliers ou immobiliers continuent d'être affectés à une utilisation poursuivant un objectif de santé publique ou un objectif de service public. (3) L'organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier qui souhaite aliéner à titre onéreux, céder, échanger ou modifier un bien mobilier ou immobilier qui a fait l'objet d'un subventionnement au titre de la présente loi, doit en informer le ministre par lettre recommandée au plus tard trois mois avant l'opération envisagée. (Loi du 29 juillet 2023)

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

Art. 21.

(1) Le commissaire du Gouvernement aux hôpitaux ci-après dénommé le « commissaire » est nommé par le ministre. Pour pouvoir être nommé commissaire, le candidat doit remplir les conditions pour l'admission à l'examen-concours d'admission au stage du groupe de traitement A1.

(2) Les missions du commissaire consistent à :

1. exercer un droit d'information et de contrôle sur l'activité des établissements hospitaliers ainsi que sur leur gestion technique, administrative et financière ;
2. contrôler le respect des dispositions de la présente loi et de ses règlements d'exécution ;
3. contrôler l'affectation des subventions publiques versées au titre de l'article 15 ;
4. faire toute proposition en relation avec une meilleure utilisation des ressources ;
5. faciliter les projets d'intérêt commun ou de mutualisation des établissements hospitaliers. Pour l'exécution de sa mission le commissaire peut requérir l'assistance des services d'un établissement hospitalier. Il a le droit, aussi souvent qu'il le juge utile, de demander rapport aux organes de direction et de gestion des établissements hospitaliers ainsi que de prendre connaissance, même sans se déplacer, des livres, comptes et autres documents des établissements hospitaliers.

(3) Le commissaire « ou son délégué »1 assiste avec voix consultative aux assemblées générales et aux réunions des organismes gestionnaires de tous les établissements hospitaliers. Les avis de convocation contenant l'ordre du jour de ces assemblées et réunions lui sont adressés en même temps qu'aux membres des organes statutaires. Il obtient tous les documents et renseignements fournis à ces membres. Il doit être entendu en ses observations à chaque fois qu'il le demande. Le commissaire suspend l'exécution des décisions d'un organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier, lorsqu'il estime que celles-ci sont contraires aux lois, aux règlements et aux conventions conclues avec l'État. Il fait acter son veto. Si, 1 Inséré par la loi du 18 octobre 2021. dans le mois de la suspension, l'organisme gestionnaire de l'établissement hospitalier visé n'a pas été informé des suites que le

ministre a réservées à ce veto, la suspension est présumée levée et la décision peut être mise à exécution.

Art. 22.

(1) Une Commission permanente pour le secteur hospitalier, ci-après dénommé « Commission », exerce des fonctions consultatives auprès du ministre et du ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions et a pour mission d'aviser :

1. toute modification à la présente loi ;
2. les demandes de subventions financières des établissements hospitaliers telle que prévues aux articles 15 et 16 ;
3. les demandes d'autorisation de création, de modernisation ou d'extension d'un établissement hospitalier conformément à l'article 7 ;
4. les demandes d'autorisation de création, d'extension ou de modernisation d'un service hospitalier conformément à l'article 9 ; 5. les demandes de prorogation des demandes visées aux points 3 et 4 du présent article et ce conformément à l'article 11 ; 6. tous les projets de règlements grand-ducaux qui sont applicables aux établissements hospitaliers ; 7. tout projet de création d'un réseau de compétences conformément à l'article 28.

(2) Dès qu'il apparaît à un maître d'ouvrage qu'un projet de modernisation ou de construction d'un établissement hospitalier financé conformément à l'article 15 dépasse de 5 pour cent le montant global arrêté dans la convention de financement prévue à l'article 18 paragraphe 4, pour autant que ce montant soit supérieur à 50.000 euros, il doit saisir dans les deux mois de cette constatation la Commission qui est demandée une nouvelle fois en son avis sur ce projet avec toutes les pièces justifiant ce dépassement de budget. Le subventionnement de ce dépassement par le fonds est ensuite soumis pour autorisation au ministre.

(3) La Commission peut, de sa propre initiative, proposer aux ministres tous voies et moyens d'ordre sanitaire, financier ou administratif portant amélioration du système et des services hospitaliers. La Commission peut être demandée en son avis par le ministre ou le ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions sur toute question relevant du secteur hospitalier.

(4) La Commission se compose : 1. de deux représentants du ministre dont l'un est le directeur de la Santé ou son représentant ; 2. de deux représentants du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale dont l'un est le directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale ou son représentant ; 3. d'un représentant du ministre ayant dans ses attributions le budget ; 4. de trois représentants de la Caisse nationale de santé dont l'un est le président ou son représentant ; 5. de deux représentants proposés par le groupement le plus représentatif des hôpitaux luxembourgeois ; 6. de deux représentants des professions de la santé dont l'un est médecin proposé par l'association la plus représentative des médecins et médecins-dentistes et l'autre professionnel de santé proposé par le Conseil supérieur de certaines professions de santé. II y a autant de membres suppléants qu'il y a de membres effectifs. Les membres effectifs et suppléants sont nommés pour une durée de cinq ans par arrêté grand-ducal sur proposition du ministre. Le commissaire du Gouvernement aux hôpitaux assiste aux réunions de la Commission avec voix consultative.

(5) La Commission est présidée par le directeur de la Santé ou son représentant. Elle peut se constituer en sous-commissions de travail et s'adjoindre des experts. Les avis de la Commission sont pris dans un délai fixé par le ministre qui ne peut être supérieur à six mois, à la majorité des voix, chaque membre pouvant faire constater son vote au procès-verbal et y faire joindre un exposé de ses motifs. Le vote séparé et l'exposé des motifs sont transmis aux ministres compétents. En cas d'égalité des voix, celle du président est prépondérante. (6) Si les représentants de la Caisse nationale de santé estiment que la décision à prendre comporte des répercussions financières importantes pour l'assurance maladie-maternité, ils peuvent demander une prolongation du délai fixé afin de faire examiner la proposition

soumise par expertise à charge de la Caisse nationale de santé. La prolongation doit être accordée par le ministre et ne saurait être inférieure à trois mois.
(7) Un règlement grand-ducal détermine le fonctionnement de la Commission, les procédures à suivre et l'indemnisation des membres qui n'ont pas le statut d'agent de l'État, y compris celle des experts et du secrétaire administratif. Les frais de fonctionnement et les indemnités des membres de la Commission sont à charge du budget de l'État.

Art. 23.

(1) L'organisme gestionnaire arrête la politique générale, les choix stratégiques et définit les activités de l'établissement. Il exerce le contrôle sur les activités de l'établissement.
(2) Il assume les fonctions suivantes : 1. il engage et licencie le directeur général ; 2. il engage et licencie le directeur médical, le directeur des soins et le directeur administratif et financier sur proposition du directeur général ;
3. il arrête le règlement général de l'établissement hospitalier ;
4. il arrête le budget annuel et les comptes annuels ;
5. il arrête le rapport d'activité ;
6. il approuve les acquisitions, aliénations et échanges d'immeubles ;
7. il approuve les emprunts ;
8. il approuve les dons et legs.
(3) Par organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier, on entend l'organe qui, selon le statut juridique de l'établissement hospitalier, est chargé de la gestion et de l'exploitation de l'établissement.
(4) La gestion et l'exploitation d'un établissement hospitalier autorisé selon les dispositions de la présente loi ne peuvent être assurées que par un seul gestionnaire. Le Conseil médical de l'établissement hospitalier doit être représenté avec au moins une voix délibérative et une voix consultative au sein de l'organisme gestionnaire. La même représentation doit être garantie pour la délégation du personnel au sein de l'organisme gestionnaire sans préjudice des dispositions des articles L.426-1, L.426-2 et L.426-3 et suivants du Code du travail qui s'appliquent aux établissements hospitaliers qui revêtent la forme juridique y visée. (5) Les membres de l'organisme gestionnaire agissent dans l'intérêt de l'établissement hospitalier. Ne peuvent devenir membres d'un organisme gestionnaire le ou les fonctionnaires qui, en vertu de leurs fonctions, sont appelés à surveiller ou à contrôler l'établissement hospitalier ou qui, en vertu des pouvoirs leur délégués, approuvent des actes administratifs ou signent des ordonnances de paiement ou d'autres pièces administratives entraînant une dépense de l'État en faveur de l'établissement hospitalier. Il est interdit à tout membre d'un organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier d'être présent aux délibérations sur des objets auxquels il a un intérêt direct, soit personnellement, soit comme chargé d'affaires ou fondé de pouvoir ou auxquels, son conjoint, son partenaire au sens de l'article 2 de la loi modifiée du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, ses parents ou alliés jusqu'au troisième degré inclusivement ont un intérêt personnel et direct. Cette interdiction s'applique tant aux discussions qu'au vote. Mention en est faite au procès-verbal de la réunion de l'organisme gestionnaire.

Art. 24.

(1) L'organisme gestionnaire adopte le règlement général de l'hôpital. Le règlement général porte sur : 1. les objectifs et les modalités du fonctionnement hospitalier et notamment des actions concourant à une prise en charge globale des patients, à la prévention de la dépendance et à l'amélioration continue de la qualité des prestations hospitalières ; 2. la qualité des prestations globales et spécifiquement celles dans le domaine médical et des soins ; 3. le système d'information, l'utilisation rationnelle et scientifique des médicaments et des équipements ; 4. l'organisation médicale, des soins et administrative ainsi que le mode d'exercice de la médecine, des soins et de leurs disciplines annexes ; 5. l'organigramme et le tableau des effectifs du personnel, les règles concernant l'engagement, l'emploi, le remplacement et les tâches des différentes catégories de personnel ; 6. la politique sociale

et de formation continue du personnel ; 7. le règlement d'ordre intérieur relatif aux dispositions concernant les patients et les visiteurs ; 8. l'organisation et le contrôle de la prévention et du contrôle de l'infection nosocomiale ; 9. les règlements de sécurité et les plans d'intervention pour faire face aux catastrophes et événements analogues ; 10. la prévention et l'élimination des déchets. (2) Les différentes parties du règlement général et leurs mises à jour sont portées à la connaissance du ministre et des personnes concernées par tout moyen approprié. (Loi du 22 décembre 2023) « (3) Pour assurer l'organisation des gardes et astreintes découlant des dispositions relatives aux services hospitaliers prévues à l'annexe 2 ainsi que des règlements d'exécution de la présente loi, l'organisme gestionnaire est indemnisé, à charge du budget de l'État, sur base du nombre d'heures et des taux horaires visés aux alinéas 4, 5 et 6. On entend par « garde », le temps de présence effective des médecins hospitaliers au sein des services hospitaliers concernés. On entend par « astreinte », le temps de disponibilité des médecins hospitaliers sur appel au bénéfice des services hospitaliers concernés. En ce qui concerne les gardes, le nombre d'heures indemnisé est de vingt-quatre heures par jour de garde. En ce qui concerne les astreintes, le nombre d'heures indemnisé est de treize heures allant de dix-huit le soir à sept heures le lendemain matin les jours ouvrables et de vingt-quatre heures les weekends et les jours fériés. Les taux horaires du temps de présence effective et de disponibilité sont fixés respectivement à 10,95 euros et à 4,56 euros et correspondent à la cote 100 de l'indice des prix à la consommation au 1er janvier 1948. »

Art. 25.

(1) Dans chaque hôpital, l'organisme gestionnaire met en place des structures et des mécanismes de gestion des risques, d'évaluation et de promotion de la qualité des prestations, ainsi que de prévention, de signalement et de lutte contre les évènements indésirables, y inclus la prévention et le contrôle des infections nosocomiales.

(2) Tout hôpital fournit au comité national de gestion interhospitalière visé à l'article 28 un rapport annuel portant sur les données et informations recueillies et traitées par le système de signalement, les actions entreprises en matière de lutte contre les évènements indésirables et un rapport biennal portant sur la culture de sécurité des soins dans l'établissement.

Art. 26.

(1) Tout hôpital doit se doter, seul ou en association avec un ou plusieurs autres hôpitaux ou établissements hospitaliers spécialisés, d'un comité d'éthique hospitalier.

(2) L'organisme gestionnaire compose le comité d'éthique de manière à assurer une diversité des compétences tant dans le domaine médical qu'à l'égard des questions éthiques, sociales et juridiques. Il est mis en place par l'organisme gestionnaire de l'hôpital, ou, dans le cas d'un comité compétent pour plus d'un hôpital, par décision conjointe de leurs organismes gestionnaires. Le comité peut comprendre tant des membres extérieurs à l'hôpital que des membres attachés à celui-ci.

(3) Le comité d'éthique hospitalier a pour attribution : 1. de fournir, en l'absence de disposition de fin de vie ou de directive anticipée une aide à la décision au patient ou à ses proches, si le patient n'est plus en état de s'exprimer, ainsi qu'aux médecins traitants hospitaliers, chaque fois qu'une pluralité de démarches peut être envisagée du point de vue médical et que le choix entre elles donne lieu à des dilemmes éthiques ; 2. de préparer des orientations internes à l'hôpital pour autant qu'elles concernent des questions d'éthique. Tout membre du personnel ainsi que tous les médecins exerçant à l'hôpital peuvent émettre des suggestions au comité d'éthique hospitalier en vue de l'établissement de ces orientations internes. (4) Dans l'exercice de sa mission définie sous 1. au paragraphe qui précède, le comité d'éthique émet ses avis en toute indépendance de l'organisme gestionnaire et de la direction de l'hôpital. Ces avis sont confidentiels et non contraignants. Le comité d'éthique est en droit d'obtenir communication des éléments médicaux et autres du dossier du patient concerné dont il a besoin pour se prononcer en connaissance de cause.

Art. 27.

(1) Aucun essai, étude ou expérimentation clinique ne peut être pratiqué sur l'être humain en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales sans autorisation préalable du ministre, les avis de la Direction de la santé et du Comité national d'éthique de recherche ayant été demandés au préalable.
(2) Le Comité national d'éthique de recherche est composé, outre d'une majorité de personnes ayant des compétences en médecine, en pharmacie, en biologie ou en chimie, de personnes ayant des compétences dans les domaines éthique, social ou juridique. Les membres du comité sont nommés par le ministre. La proportion des membres du comité de chaque sexe ne peut être inférieure à quarante pour cent. L'organisation et le fonctionnement du Comité national d'éthique de recherche, le montant précis des taxes à percevoir ainsi que l'indemnisation de ses membres qui n'ont pas le statut d'agent de l'État, font l'objet d'un règlement grand-ducal.
(3) Le Comité national d'éthique de recherche émet ses avis en toute indépendance. Si et dans la mesure où l'avis du Comité national d'éthique de recherche n'est pas favorable au projet ou le soumet à des conditions ou restrictions jugées inacceptables par le promoteur de la recherche, celui-ci ne peut passer outre qu'après en avoir référé au ministre, dont la décision est contraignante pour le promoteur de la recherche et l'investigateur. Ni l'avis du comité ni la décision du ministre ne dégagent le promoteur de la recherche ou l'investigateur de leur responsabilité.
(4) Le promoteur ou, à défaut l'investigateur, souscrit une assurance couvrant sa responsabilité et celle de tous les intervenants. Une taxe d'un montant maximal de 2.000 euros est due pour toute demande d'autorisation en vue de la décision visée au paragraphe 1er. Une taxe d'un montant maximal de 600 euros est également due en cas de demande de modification ou de renouvellement de l'autorisation. Une taxe d'un montant maximal de 20 euros est due en cas d'établissement d'un duplicata du document attestant les autorisations visées aux alinéas précédents. La taxe est à acquitter moyennant un versement ou un virement sur un compte bancaire de l'Administration de l'enregistrement et des domaines, comprenant indication de l'identité du requérant ainsi que l'objet du virement ou versement. La preuve de paiement est à joindre à la demande et constitue une pièce obligatoire du dossier.

Art. 28.

(1) Un « réseau de compétences » est une entité organisationnelle qui rassemble à l'intérieur d'un ou de plusieurs établissements hospitaliers des ressources d'un ou de plusieurs services, assurant une prise en charge interdisciplinaire intégrée de patients présentant une pathologie ou un groupe de pathologies, garantissant le respect de critères de qualité élevés par tous les intervenants et la prise en compte des avancées médicales et scientifiques les plus récentes. Les réseaux de compétences peuvent inclure des prestataires extrahospitaliers, institutionnels et individuels, y compris les ressources d'un ou de plusieurs établissements de recherche. Ils peuvent exercer, outre leur mission de diagnostic et de soins, une mission de recherche et d'enseignement.
(2) Des réseaux de compétences pourront être créés afin d'assurer la prise en charge interdisciplinaire des patients atteints des pathologies ou groupes de pathologies suivants :
1. accidents vasculaires cérébraux (1) ;
2. cancers intégrant le service de radiothérapie (2) ;
3. affections rachidiennes à traitement chirurgical (1) ;
~~**4. diabète et obésité morbide de l'adulte (1) ;**~~
~~**5. diabète et obésité morbide de l'enfant (1) ;**~~
4. diabète et obésité avec comorbidité de l'adulte (1) ;
5. diabète et obésité avec comorbidité de l'enfant (1) ;
6. immuno-rhumatologie de l'adulte et de l'enfant (1) ;
7. maladies psychosomatiques (1) ;
8. douleur chronique (1) ;

9. maladies neuro-dégénératives (1).
(3) La demande d'autorisation est introduite par au moins deux hôpitaux sous forme d'un projet de réseau de compétences auprès du Comité de gestion interhospitalière mentionné au paragraphe 5. Tous les hôpitaux traitant la pathologie ou le groupe de pathologies en question peuvent y participer.
(4) Ce projet précise :
1. les disciplines médicales impliquées, le domaine d'activité médicale projeté ;
2. les objectifs quantitatifs et qualitatifs visés ;
3. les ressources et équipements à y affecter spécifiquement pour atteindre ces objectifs, y inclus le nombre de lits et d'emplacements dans le ou les établissements abritant le réseau ;
4. les modalités d'organisation médicale et soignante et de gestion du réseau ;
5. les qualifications et compétences déterminant les modalités d'agrément des médecins et, le cas échéant, d'autres professionnels de santé collaborant dans le réseau ;
6. l'organisation et les moyens mis en place pour assurer la continuité des prises en charge afférentes, conformes aux acquis de la science ;
7. la composition et la mission du Conseil scientifique ;
8. le contenu minimal du rapport d'activité annuel ;
9. les modalités d'évaluation et d'assurance qualité des prestations ;
10. le cas échéant, les activités de recherche et d'enseignement envisagées. Chaque projet de réseau de compétences doit être accompagné d'un Conseil scientifique. Le projet de réseau de compétences ne peut être soumis au ministre que si au moins la moitié des membres du Comité de gestion interhospitalière visé au paragraphe 5 y donnent un avis favorable.
(5) Il est créé un Comité de gestion interhospitalière qui est composé des membres suivants : 1. quatre membres désignés par les directions des hôpitaux ; 2. deux représentants des conseils médicaux ; 3. deux représentants du Conseil supérieur de certaines professions de santé ; 4. un représentant du ministre ; 5. un représentant du ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions ; 6. un membre représentant les établissements de recherche ; 7. le directeur de la Santé ou son représentant ; 8. un représentant de l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie ; 9. en cas de discussion d'un projet de réseau de compétences, un représentant de l'association des patients la plus représentative de la pathologie visée. (6) Il y a autant de membres suppléants qu'il y a de membres effectifs. Les membres effectifs et suppléants sont nommés pour une durée de cinq ans renouvelable par arrêté grand-ducal sur proposition du ministre. Le Président du comité est nommé par arrêté grand-ducal parmi ses membres sur proposition du ministre. La proportion de chaque sexe des membres du comité ne peut être inférieure à quarante pour cent. Le commissaire du Gouvernement aux hôpitaux assiste comme observateur aux réunions du comité. Le comité peut s'adjoindre les experts qu'il estime nécessaire.
(7) Le comité a pour mission de : 1. soutenir les établissements hospitaliers dans l'élaboration des projets de réseaux de compétences et d'aviser leur projet de réseau ; 2. de retenir les modalités organisationnelles des réseaux de compétences ; HÔPITAUX 3. de proposer les modalités de collaboration entre les services nationaux et les différents hôpitaux ; 4. d'élaborer des projets de mutualisation interhospitalière ;
5. de proposer les modalités de collaboration des médecins exerçant dans les réseaux de compétences et dans les services nationaux ; 6. de définir le système d'assurance qualité des prestations hospitalières, d'assurer la coordination nationale de la politique de promotion de la qualité des prestations hospitalières dans les établissements hospitaliers et d'en dresser un état dans un rapport annuel.
(8) Les modalités relatives à la coordination de la politique de promotion de la qualité des prestations hospitalières et à la coordination des structures mises en place dans les établissements hospitaliers conformément à l'article 25, ainsi que les indemnités des membres du comité qui n'ont pas le statut d'agent de l'État, y compris celle des experts, sont définies par règlement grand-ducal. Le comité a

accès, sous une forme dépersonnalisée, aux données et informations nécessaires à l'exécution de ses missions. Un règlement d'ordre intérieur détermine les modalités de fonctionnement du comité. (9) L'autorisation d'exploitation d'un réseau de compétences délivrée par le ministre mentionnera les sites hospitaliers et les services hospitaliers faisant partie du réseau de compétences. La première autorisation d'exploitation et les prolongements successifs de l'autorisation d'exploitation d'un réseau de compétences sont valables pour une durée de cinq ans. L'autorisation d'exploitation d'un réseau de compétences est à chaque fois prorogée pour une durée de cinq ans, à condition que les établissements hospitaliers faisant partie du réseau de compétences adressent une lettre recommandée dans un délai de six mois avant l'échéance de l'autorisation au ministre confirmant qu'ils respectent toujours leur projet de réseau de compétences. Sans préjudice de l'alinéa précédent, le ministre ne peut refuser la prorogation de l'autorisation d'exploitation d'un réseau de compétences que si ce dernier ne respecte plus son projet de réseau de compétences ou qu'il ne corresponde plus aux besoins sanitaires nationaux. En cas de non-prorogation de l'autorisation d'exploitation d'un réseau de compétences, le ministre fixe le délai endéans lequel le réseau doit être fermé. Ce délai est au maximum de deux ans.

Art. 29.

(1) Dans chaque hôpital la direction est confiée à un directeur général, nommé par l'organisme gestionnaire et exclusivement responsable devant celui-ci. (2) Le directeur général de tous les hôpitaux, à l'exception de celui des hôpitaux visés à l'article 5, paragraphes 4 et 5 doit disposer d'une autorisation d'exercer la médecine au sens de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire. Le directeur général doit aussi pouvoir se prévaloir d'une formation certifiée en gestion hospitalière et d'une expérience de deux années au moins dans le domaine de la gestion hospitalière.

(3) Le directeur général est lié à l'hôpital par un contrat de louage de services. En cas d'empêchement ou de vacance de poste de directeur général, ses fonctions sont exercées temporairement par un des directeurs visés à l'article 31 à désigner par l'organisme gestionnaire.

Art. 30.

(1) Le directeur général veille à ce que la continuité des missions imparties à l'hôpital soit assurée pendant toute la durée de la présence des patients faisant appel à ses services.

(2) Le directeur général est chargé d'exécuter les décisions de l'organisme gestionnaire et de régler toutes les affaires lui dévolues par celui-ci. Il assure la gestion journalière de l'établissement et organise son fonctionnement. L'organisme gestionnaire définit les attributions du directeur général devant lui permettre d'assumer la mise en œuvre de ses missions. Le directeur général rend compte à l'organisme gestionnaire de sa gestion et sur les activités de l'établissement.

(3) Les fonctions de directeur général sont incompatibles avec celle de membre de l'organisme gestionnaire.

Art. 31.

(1) Dans les hôpitaux de plus de 200 lits, le directeur général est assisté par un directeur des soins, un directeur médical ainsi qu'un directeur administratif et financier. Le directeur général est le chef hiérarchique du directeur médical, du directeur des soins et du directeur administratif et financier de l'établissement. En cas d'empêchement ou de vacance de poste visé à l'alinéa 1er de ce paragraphe, les fonctions de ceux-ci sont exercées par le directeur général de l'établissement. Les directeurs des soins, médical ainsi qu'administratif et financier répondent de leur gestion au directeur général. (2) Chaque hôpital de plus de 200 lits est structuré en trois départements: un département médical, un département des soins et un département administratif et technique. Le département médical se trouve sous l'autorité du directeur médical, le département des soins sous l'autorité du directeur des soins et le département administratif et technique sous l'autorité du directeur administratif et financier. Un Conseil de direction comprenant tous les directeurs est institué en vue de la coordination

de l'activité hospitalière. Le Conseil de direction et le Conseil médical visés à l'article 32 se réunissent au moins six fois par an afin de se concerter sur toutes les questions relatives à l'organisation médicale.
(3) Le directeur médical doit être médecin. Il a pour mission de mettre en place, sous l'autorité du directeur général auquel il rapporte, la politique médicale générale définie par l'organisme gestionnaire et les actions décidées en Conseil de direction pour le département médical. Il participe à la conception et au pilotage du projet médical d'établissement.
(4) Le directeur médical propose à l'instance dotée du pouvoir de nomination les engagements, les agréments ou révocations de médecins. Ces propositions ne pourront se faire qu'après avoir entendu le Conseil médical en son avis.
(5) Le directeur médical s'assure, assisté par le médecin-coordinateur concerné et dans le respect des compétences légales et réglementaires attribuées au Conseil médical, de la bonne application du règlement général ainsi que des prescriptions de l'article 33. Il est assisté par les médecins-coordinateurs pour définir les objectifs à atteindre en relation avec le projet médical d'établissement et les efforts de standardisation des procédures thérapeutiques et de matériel médical.
(6) Des médecins-coordinateurs, nommés par l'organisme gestionnaire, participent au sein du département médical et sans préjudice des attributions de la direction médicale, au développement et à la coordination de l'activité médicale d'un service ou d'un groupement de services hospitaliers conformément aux objectifs du ou des projet(s) de service afférents et aux orientations du projet d'établissement.
(7) Ils assurent des fonctions de coordination et de planification de l'activité médicale du ou des service(s) et veillent : 1. au bon fonctionnement du ou des services et à la qualité des prestations ; 2. à la standardisation de la prise en charge des patients ; 3. à l'utilisation efficiente des ressources disponibles. Ils exercent leurs missions en collaboration avec le responsable des soins et le pharmacien responsable. (8) Les médecins-coordinateurs disposent dans l'exercice de leurs missions d'un droit de regard sur l'activité de tous les intervenants du ou des services. (9) Un règlement grand-ducal précise le statut, les missions et les attributions des médecins-coordinateurs, ainsi que les modalités de leur désignation.

Art. 32.

(1) Chaque hôpital dispose d'un Conseil médical. Le Conseil médical est l'organe représentant les médecins, les pharmaciens et les chefs de laboratoire exerçant à l'hôpital, par lequel ceux-ci peuvent collaborer à la prise de décision à l'hôpital. Les membres du Conseil médical sont élus par les médecins exerçant à l'hôpital ainsi que par les pharmaciens et chefs de laboratoire. Le Conseil médical fait régulièrement rapport sur l'exécution de son mandat devant l'assemblée de ses électeurs convoquée à cet effet.
(2) Le Conseil médical veille à la discipline des professionnels qu'il représente, au respect des dispositions légales et réglementaires et des règles de déontologie les concernant ainsi qu'aux bonnes relations entre les médecins, les pharmaciens et les chefs de laboratoire, sans préjudice des attributions du Collège médical, du directeur général et directeur médical. Le Conseil médical est appelé à donner son avis sur les questions suivantes : 1. le règlement général ; 2. le budget prévisionnel de l'établissement, le bilan et les comptes de profits et pertes ; 3. les projets de constructions, grosses réparations et transformations ; 4. les créations, transformations ou suppressions de services médicaux ou médico-techniques ; 5. l'acquisition des appareils et équipements visés à l'article 14 paragraphe 1er ; 6. l'agrément ou la nomination des médecins, des chefs de laboratoire et des pharmaciens ; 7. la composition et le fonctionnement du comité d'éthique hospitalier.
(3) Le Conseil médical peut en outre, de sa propre initiative, soumettre au directeur médical, qui les transmet à l'organisme gestionnaire, des avis ou propositions concernant toute question en rapport avec l'organisation médicale ou pharmaceutique de l'établissement ou ayant une influence sur l'exercice de la médecine à l'établissement.

(4) Le Conseil médical peut émettre un avis renforcé lorsque les questions lui soumises pour avis par l'organisme gestionnaire concernent : 1. les dispositions du règlement général relatives à l'organigramme structurel du département médical et à la composition du Conseil médical ; 2. la nomination du directeur médical ; 3. la nomination des médecins responsables de service ; 4. les méthodes de contrôle de qualité de l'activité médicale ; 5. le licenciement ou le retrait d'agrément d'un médecin hors motif grave. Lorsque cet avis a été pris à la majorité des deux tiers des membres votants du Conseil médical et que le gestionnaire ne peut s'y rallier, ce dernier ne peut prendre de décision en la matière que suivant la procédure prévue au paragraphe 6.
(5) Sous réserve des avis renforcés qui sont toujours donnés par écrit, les avis du Conseil médical peuvent être soit donnés par écrit, soit exprimés oralement au cours d'une réunion de l'organisme gestionnaire. Ils doivent être donnés dans un délai d'un mois à partir de la saisine du Conseil médical, sauf si un autre délai a été convenu entre le gestionnaire et le président du Conseil médical. Les résolutions du Conseil médical sont arrêtées à la majorité des voix. En cas de partage des voix, les membres dissidents peuvent donner un avis séparé. Le résultat du vote est joint à l'avis.
(6) Si l'organisme gestionnaire ne peut pas, dans les cas prévus au paragraphe 4, se rallier à l'avis renforcé émis par le Conseil médical, il se concerte préalablement à toute décision avec ce dernier. Si cette concertation n'aboutit pas à un accord, les parties procèdent d'un commun accord à la désignation d'un médiateur. Si elles ne peuvent pas se concilier sur la personne du médiateur, celui-ci est désigné par le directeur de la Santé. La prise de décision de l'organisme gestionnaire est suspendue à partir de la désignation du médiateur et jusqu'à l'aboutissement de la procédure de médiation, sans que le délai de suspension puisse dépasser trois mois. Le médiateur soumet une proposition de médiation aux parties. Si aucun accord n'est trouvé, l'organisme gestionnaire prend la décision finale qui sera motivée et consignée au procès-verbal de la réunion. Un règlement grand-ducal arrête les règles relatives aux modalités d'élection des membres, à la désignation du président et de son délégué, à la durée des mandats et au fonctionnement du Conseil médical.

Art. 33.

(1) Le médecin hospitalier exerce son activité à titre principal ou accessoire dans un ou plusieurs services hospitaliers. Il respecte les dispositions du règlement général visé à l'article 24 et du règlement interne du ou des services auxquels il est attaché selon l'organigramme de l'établissement hospitalier, ainsi que toute procédure interne et directive du directeur médical qui le concerne dans son exercice. Les procédures de l'établissement impliquant une utilisation rationnelle et scientifique des pratiques médicales ou des thérapies et dispositifs médicaux sont motivées et prises en concertation avec le Conseil médical.
(2) Il tient compte des recommandations et respecte les décisions du Comité d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières visé à l'article 25, paragraphe 1er et participe activement au système de signalement et de surveillance mis en place conformément à l'article 25, paragraphe 2.
(3) Il participe à la continuité des soins et des gardes, y compris, le cas échéant, des réseaux de compétences au sein desquels il exerce son activité hospitalière en coordination étroite avec l'organisation générale de l'hôpital. Il respecte le plan de service établi notamment en vue d'assurer la permanence médicale dans l'établissement pendant le temps où celui-ci est de garde.
(4) Il utilise de manière efficiente les ressources disponibles.
(5) Il tient à jour le dossier du patient conformément aux prescriptions légales et réglementaires. Il tient à jour un relevé par patient comportant les interventions et examens et établit le diagnostic principal et les diagnostics auxiliaires suivant les classifications mentionnées à l'article 38. Il inscrit les codes dans le dossier du patient.
(6) Sans préjudice des prescriptions établies par les paragraphes qui précèdent, le médecin exerce sa profession sans lien de subordination sur le plan médical, sous sa propre responsabilité. Les décisions

individuelles prises par le médecin dans l'intérêt du patient relèvent de la liberté thérapeutique. L'établissement hospitalier n'intervient pas dans la relation individuelle du médecin avec son patient.
(7) Les médecins libéraux agréés à un établissement hospitalier y exercent sur base d'un contrat de collaboration. Ce contrat doit correspondre à un contrat-type, dont le contenu minimal est arrêté d'un commun accord entre l'association la plus représentative des médecins et les groupements des hôpitaux prévus à l'article 62 du Code de la sécurité sociale. A défaut d'accord endéans les 12 mois, le ministre peut en arrêter le contenu. Le modèle de contrat-type de collaboration une fois arrêté fait, à l'initiative du ministre, l'objet d'une publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg. Le contenu essentiel du contrat-type de collaboration entre un établissement hospitalier et les médecins libéraux y agréés comprend :
1. son objet et les activités médicales que le médecin exerce dans l'établissement hospitalier ;
2. le respect des objectifs de qualité et de sécurité arrêtés par l'établissement hospitalier conformément au règlement général de l'établissement et aux considérations du Comité de gestion interhospitalière ;
3. la durée du contrat et ses règles de prorogation ;
4. les conditions d'accès aux unités de soins ainsi que les conditions d'utilisation rationnelle et scientifique des équipements médico-techniques et des infrastructures ;
5. les modalités de gestion des absences des médecins ;
6. l'obligation pour le médecin de souscrire une assurance responsabilité civile ;
7. les modalités de résolution extra-judiciaire des conflits entre les établissements hospitaliers et les médecins ; 8. les modalités d'application pratiques des droits et obligations prévus aux paragraphes 1er à 6 du présent article et les conséquences sur le contrat de collaboration en cas de non-respect par l'une des parties contractantes de ces prescriptions et ce dans le respect des procédures applicables à l'article 32.

Art. 34.

Les dispositions des articles L.421-1 et suivants du Code du travail relatifs aux comités mixtes dans les entreprises du secteur privé et organisant la représentation des salariés dans les sociétés anonymes sont applicables aux établissements hospitaliers.

Art. 35.

(1) La pharmacie hospitalière, obligatoire dans les hôpitaux, fonctionne sous l'autorité et la surveillance d'un pharmaciengérant. Les pharmaciens y organisent une activité hospitalière de pharmacie clinique.
(2) Elle peut fonctionner sous forme d'un service intégré à l'établissement hospitalier ou être assurée à travers une structure interne réduite associée à une structure externe à l'établissement hospitalier, de façon à garantir la continuité des soins et les besoins urgents de l'établissement hospitalier. La structure externe à l'établissement hospitalier peut être une pharmacie hospitalière intégrée à un autre établissement hospitalier ou une structure à part commune à plusieurs établissements hospitaliers.
(3) Un règlement grand-ducal détermine les conditions auxquelles la pharmacie hospitalière ou la structure à part doit répondre, en ce qui concerne :
1. les exigences et modalités d'organisation et d'aménagement, y inclus les surfaces et équipements minimaux requis ;
2. les exigences et conditions auxquelles le pharmacien-gérant, les pharmaciens-assistants et le personnel doivent répondre, ainsi que leur statut et leurs attributions ;
3. les conditions et exigences minimales du stock pharmaceutique ;
4. la préparation, la division, le conditionnement et le reconditionnement des médicaments et autres produits relevant de la pharmacie hospitalière, dans des conditions de sécurité et de qualité optimales, en assurant leur traçabilité ;

5. les catégories de médicaments ou autres produits relevant de la pharmacie hospitalière qui peuvent être délivrés à des patients ne séjournant pas à l'hôpital, ainsi que les modalités et conditions sous lesquelles la délivrance peut se faire.

Art. 36.

(1) Chaque hôpital dispose d'un laboratoire d'analyses de biologie médicale suivant les conditions et modalités de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales et de ses règlements d'exécution.

(2) L'exploitation du laboratoire d'analyses de biologie médicale hospitalier visé au paragraphe 1er est assurée soit par un service faisant partie de l'hôpital soit par une structure commune à plusieurs hôpitaux. (3) Toute analyse de biologie médicale prélevée dans le cadre d'une prise en charge médicale concomitante en policlinique ou sur un plateau médico-technique de l'hôpital ou de l'établissement hospitalier et effectuée par le laboratoire hospitalier de cet hôpital ou établissement est considérée comme prestation du secteur hospitalier au sens de l'article 74, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale.

(4) Lorsque, pour des raisons techniques, d'équipement ou de qualification un laboratoire hospitalier ne peut pas effectuer des analyses, il peut déléguer la phase analytique ou post-analytique d'analyses de biologie médicale relevant du secteur hospitalier, conformément aux dispositions de la loi modifiée du 16 juillet 1984 précitée, à un autre laboratoire d'analyses de biologie médicale hospitalier. Lorsque ces phases ne peuvent pas être assurées en milieu hospitalier, elles peuvent être déléguées vers un laboratoire d'analyses biologiques relevant du secteur extrahospitalier.

Art. 37.

(1) Pour les hôpitaux un dossier patient individuel du patient hospitalier retrace, de façon chronologique et fidèle, l'état de santé du patient et son évolution au cours de la prise en charge. Il comporte les volets médical, de soins et administratif et renseigne toute information pertinente pour la sécurité et l'évolution de l'état de santé du patient. Le contenu minimal du dossier individuel du patient hospitalier et du résumé clinique de sortie est déterminé par règlement grand-ducal, l'avis de la Commission nationale pour la protection des données ayant été demandé. Ce règlement grand-ducal peut aussi fixer le format, les standards et les normes à utiliser aux fins d'assurer l'interopérabilité du dossier individuel du patient hospitalier et l'établissement du résumé clinique de sortie et de ses éléments, de faciliter la tenue de bases de données communes standardisées, de tableaux de bord, et de permettre à l'aide de techniques d'anonymisation la conservation et l'extraction des données relatives au fonctionnement, à la performance et à la gestion du système de santé ainsi qu'à des fins statistiques, de recherche et d'amélioration continue.

(2) Sans préjudice des dispositions particulières de la présente loi et de ses règlements d'exécution, les dispositions de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient s'appliquent au dossier individuel du patient hospitalier.

(3) A la sortie de l'établissement hospitalier, il est établi un résumé clinique par le ou les médecin(s) traitant(s). Si la codification d'éléments du dossier patient aux fins de leur utilisation secondaire ultérieure légitime est déléguée à un tiers encodeur disposant des qualifications nécessaires, les informations pertinentes lui sont transmises par les intervenants de façon à ce que la codification puisse être faite fidèlement et sans délai.

(4) Le directeur général de l'établissement hospitalier veille à l'observation des prescriptions prévues par le présent article. Il prend les mesures organisationnelles requises pour prévenir tout accès illicite au dossier et assurer le respect des droits du patient à l'égard de son dossier conformément à la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient.

Art. 38.

(1) Tout hôpital procède à l'analyse quantitative et qualitative de son activité. Cette analyse repose sur les données administratives, médicales et de soins, produites pour chaque séjour en hospitalisation stationnaire ou de jour.
(2) Ces données concernent en particulier : 1. les diagnostics des affections ayant motivé l'hospitalisation, y compris les diagnostics des affections ayant eu une influence sur la prise en charge hospitalière ; 2. les interventions, les examens médicaux et les prestations des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge ; 3. les prescriptions ; 4. le service et, le cas échéant, l'unité de soins où le patient a été pris en charge et où ces prestations ont été dispensées ; 5. les dates et horaires de l'admission, de la sortie et des prestations médicales dispensées tout au long du séjour ; 6. le mode d'entrée, la provenance, le mode de sortie et la destination du patient.
(3) La production de ces informations repose sur les éléments du dossier individuel du patient hospitalier et sur le résumé clinique de sortie, établi pour tout patient pris en charge dans un service d'hospitalisation stationnaire ou d'hospitalisation de jour. Les médecins agréés ou salariés ainsi que les professionnels de santé des établissements hospitaliers transmettent ce dossier au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement hospitalier. Les médecins agréés ou salariés des établissements hospitaliers encodent les actes ainsi que les examens prestés par eux et les diagnostics qu'ils établissent selon la méthodologie retenue. Ils rapportent de même les codes de facturation de leurs honoraires médicaux relatifs à ces actes et examens.
(4) Afin de mettre l'établissement hospitalier en mesure de produire ces informations, de constituer des bases de données nécessaires aux fins de l'analyse de son activité, de réponse aux exigences de l'article 3, un service d'information médicale est créé dans tout établissement hospitalier visé à l'article 1er, paragraphe 3, points 1. à 3.. Ce service procède à la collecte ainsi qu'au traitement des données administratives, médicales et de soins nécessaires à la documentation des séjours stationnaires et de jour. (5) Les diagnostics et les interventions et examens médicaux sont codés suivant les classifications ICD-10-CM et ICD-10-PCS mises à disposition par le ministre, dans le respect des consignes de bonnes pratiques de codage établies par la commission consultative de la documentation hospitalière.
(6) Le service de documentation médicale est dirigé par un médecin responsable de la documentation médicale, qui est nommé par l'organisme gestionnaire. Ce médecin est engagé sous le statut de salarié et fait partie du département médical. Il peut déléguer les activités de codage à des tiers encodeurs au sein de son service. Dans le respect du secret médical et des droits des patients, le service de documentation médicale a pour mission : 1. la collecte des données administratives, médicales et de soins relatives à l'ensemble des séjours hospitaliers stationnaires et ambulatoires ; 2. le traitement de ces données et la production de tableaux de bord en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins ; 3. l'assurance de la qualité des données produites ; 4. la transmission d'informations structurées relatives à ces séjours hospitaliers vers les administrations de la santé et de la sécurité sociale, selon des formats et des modalités à fixer par règlement grand-ducal ; 5. la conservation des données produites pendant une durée de 10 ans. Un règlement grand-ducal fixe les normes ayant trait à l'organisation générale, la dotation en personnel et les procédures de documentation que le service de documentation médicale doit respecter.
(7) Il est institué, sous l'autorité du ministre et du ministre de la Sécurité sociale, une Commission consultative de la documentation hospitalière qui a pour mission d'assurer au niveau national le suivi du système de documentation médicale hospitalière et d'élaborer des bonnes pratiques de codage. La commission peut de sa propre initiative, proposer aux ministres tous voies et moyens d'ordre financier ou administratif portant amélioration du système. La commission peut être demandée en son avis par le ministre ou le ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions sur toute question relevant de la documentation médicale hospitalière. La commission se compose : 1. d'un représentant du ministre ; 2. d'un représentant du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale ; 3. d'un

représentant de la Direction de la Santé ; 4. d'un représentant de la Caisse nationale de santé ; 5. d'un représentant du groupement le plus représentatif des hôpitaux luxembourgeois ; 6. d'un représentant de l'association la plus représentative des médecins et médecins-dentistes ; 7. d'un représentant du Conseil supérieur de certaines professions de santé. Il y a autant de membres suppléants qu'il y a de membres effectifs. La présidence de la commission est assurée par le représentant de la Direction de la santé, la vice-présidence par le représentant du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. Elle peut constituer des sous-groupes de travail en y incluant des experts. Un règlement grand-ducal détermine le fonctionnement de la commission et des sous-groupes de travail, les procédures à suivre et l'indemnisation des membres qui n'ont pas le statut d'agent de l'État y compris celle des experts et du secrétaire administratif. Les frais de fonctionnement et les indemnités des membres de la commission et des sous-groupes de travail sont à charge du budget de l'État.

Art. 39.

(1) Chaque patient reçoit, lors de son admission dans un établissement hospitalier, une information par écrit sur ses droits et ses devoirs, ainsi que sur les conditions générales de son séjour. (2) Cette information porte en outre sur les mécanismes de traitement d'une éventuelle plainte et les possibilités de résolution de celle-ci par la voie de la médiation. Elle inclut les modalités pratiques de saisine du service national d'information et de médiation santé.

Art. 40.

(1) Dans chaque établissement hospitalier, l'organisme gestionnaire met en place un mécanisme de traitement et de ventilation des suggestions, doléances et plaintes lui adressées.

(2) Le gestionnaire des plaintes peut être saisi par le patient, ou la personne qui le représente dans l'exercice des droits du patient conformément aux articles 12 à 14 de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, ainsi que, après le décès du patient, par l'une des personnes disposant conformément à l'article 19 de la prédite loi d'un droit d'accès au dossier et aux données relatives à la santé du défunt. La saisine peut se faire par une réclamation écrite ou moyennant une déclaration orale faite dans une des langues prévues à l'article 3 de la loi du 24 février 1984 sur le régime des langues.

(3) Sur mandat écrit du patient ou de la personne qui le représente, le directeur général de l'établissement hospitalier, le gestionnaire des plaintes et tout autre collaborateur délégué à cet effet par le directeur général est en droit de requérir et d'obtenir communication de tous les éléments pertinents en rapport avec le traitement du dossier dont il a été saisi, notamment les éléments médicaux, soignants ou administratifs du dossier patient. Il peut prendre tous les renseignements utiles auprès des organismes de sécurité sociale ou d'autres administrations.

Art. 41.

(1) Le directeur de la Santé instruit toute plainte faisant état d'un manquement général ou du fonctionnement défectueux d'un service hospitalier.

(2) La plainte peut émaner d'un patient, d'une association ayant la défense des intérêts du patient dans ses missions ou d'un prestataire de soins de santé. La plainte peut par ailleurs émaner d'une personne représentant valablement le patient conformément aux dispositions de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient. Après le décès du patient elle peut émaner des personnes disposant, conformément à l'article 19 de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, d'un droit d'accès au dossier et aux données relatives à la santé du défunt.

(3) Dans l'exercice de sa mission d'instruction, le directeur de la Santé ou le fonctionnaire de sa direction délégué par lui à cet effet a notamment accès aux dossiers individuels du patient hospitalier dont question à l'article 37.

(4) Le directeur de la Santé informe le plaignant, le directeur général de l'établissement et le ministre du résultat de son instruction. Art. 42. Dans chaque hôpital, le règlement d'ordre intérieur contient les dispositions nécessaires pour garantir la sécurité des patients et des visiteurs. Il précise notamment

les heures et modalités de visite auprès des patients. Art. 43. L'identité et la qualification des prestataires de soins et de services hospitaliers doivent être facilement connaissables à tout moment par les patients avec lesquels ceux-ci sont en contact.

Art. 44.

(1) Un recours est ouvert auprès du tribunal administratif contre toute décision de refus ou de fermeture définitive prise en vertu de la présente loi ainsi que contre la décision de mise en demeure dont question à l'article 12. (2) Le recours doit être introduit, sous peine de forclusion, dans le délai de trois mois à partir de la notification de la décision. Le tribunal administratif statue comme juge du fond.

Art. 45.

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

(2) Est punie d'une amende de 5.000 à 100.000 euros, la personne physique ou morale qui contreviendra au dernier paragraphe de l'article 1er.

(3) Sont punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de 251 à 5.000 euros ou d'une de ces peines seulement : 1. toute personne qui, responsable d'organiser le service d'urgences d'un hôpital ou chargée de participer à cette organisation, refuse ou omet de prendre ou faire prendre tout ou partie des mesures ou dispositions nécessaires pour assurer le fonctionnement normal de ces services ; 2. toute personne qui, tenue ou chargée de participer au service d'urgences d'un hôpital ou d'un service de garde, refuse ou omet d'assurer ce service ou de remplir sans retard tout ou partie des devoirs que l'exécution normale exige. En cas de récidive dans le délai de deux ans après une condamnation définitive à une peine d'emprisonnement du chef d'une infraction au présent article, les peines prévues peuvent être portées au double du maximum. (Loi du 29 juillet 2023)

« (4) Est puni d'une amende de 5.000 à 100.000 euros, la personne physique ou morale qui utilise, exploite ou met à la disposition en vue d'une prise en charge médicale soit un appareil ou équipement visés à l'article 14, paragraphe 1er, soit une unité fonctionnelle d'hospitalisation ou médico-technique prenant en charge des patients aux termes de la présente loi sans pouvoir se prévaloir d'une autorisation d'exploitation visée à l'article 7, paragraphe 1er. Ne sont pas visés par l'alinéa 1er, les laboratoires d'analyses médicales au sens de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales. »

Art. 46.

L'article 60, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale est modifié comme suit : «Sont considérées comme prestations du secteur hospitalier toutes les prestations en nature dispensées à des assurés traités dans un hôpital, un établissement hospitalier spécialisé, un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie ou un centre de diagnostic au sens de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.»

Art. 47.

L'article 60bis, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale est modifié comme suit : «Les dispositions organisant la documentation des diagnostics, des prescriptions et des prestations effectuées relevant du secteur extrahospitalier peuvent être fixées par règlement grand-ducal.»

Art. 48.

L'alinéa 2 de l'article 74 du Code de la sécurité sociale est modifié comme suit : «Les éléments de l'enveloppe sont établis sur base de l'évolution démographique de la population résidente, de la morbidité, des pratiques d'une médecine basée sur des preuves scientifiques et en tenant compte de la croissance économique du pays. L'enveloppe budgétaire globale et les budgets spécifiques des hôpitaux tiennent compte des dispositions de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, des autorisations d'exploitation et des autorisations de

services des établissements hospitaliers, des spécificités des services spécialisés et nationaux et des réseaux de compétences, ainsi que des obligations découlant de la participation au service médical d'urgence.»

Art. 49.

La loi modifiée du 21 novembre 1980 portant organisation de la Direction de la santé est modifiée comme suit :

1° À l'article 1er, deuxième alinéa, à la fin du point 9, il est rajouté un nouveau point 10, libellé comme suit : «10) assurer une protection de la santé publique au niveau des denrées alimentaires.»

2° L'article 2 est modifié comme suit : Au paragraphe 2, deuxième alinéa, la deuxième phrase prend la rédaction suivante : «Si le directeur est empêché d'exercer ses fonctions, il est remplacé par un directeur adjoint.»

3° L'article 4, deuxième alinéa, est modifié comme suit : 1. au point 4, à la première phrase, les termes « et des dispositifs médicaux » sont supprimés ; 2. au point 5, à la fin de la deuxième phrase, les termes « organismes génétiquement modifiés » sont remplacés par les termes « dispositifs médicaux » ; 3. à la fin du point 9, est rajoutée la phrase suivante : «Sa compétence s'étend également aux organismes génétiquement modifiés.»

4° À l'article 6, au paragraphe 1er, point 1, les termes « organismes génétiquement modifiés » sont remplacés par les termes « dispositifs médicaux » . 5° L'article 16 est modifié comme suit : 1. au paragraphe 1er, le deuxième alinéa est supprimé ; 2. l'alinéa 1er du paragraphe 2 est remplacé par la disposition suivante : «Les candidats au poste de directeur, de directeur adjoint médical et technique ou à un poste de médecin ou de médecin-dentiste à la Direction de la santé doivent être autorisés à exercer la profession de médecin ou de médecindentiste au Luxembourg suivant les dispositions légales en vigueur au moment où il est pourvu à la vacance de poste.»

Art. 50.

La loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales est modifiée comme suit :

1. À l'article 1er, le paragraphe 3 est complété in fine par la phrase suivante : «Les examens relevant de l'anatomopathologie et de la génétique humaine sont effectués exclusivement dans le centre de diagnostic visé à l'article 2, paragraphe 4 de la loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public « Laboratoire national de santé.»

2. À l'article 2, le paragraphe 1er est modifié comme suit : «(1) Un laboratoire d'analyses de biologie médicale peut être exploité soit à titre personnel par une ou plusieurs personnes physiques, soit par une personne morale de droit privé ou public. Ne peuvent, directement ou indirectement, s'associer au sein d'une personne morale exploitant un laboratoire de biologie médicale ou en détenir de façon directe ou indirecte une fraction du capital social, mettre à disposition ou partager avec un laboratoire de biologie médicale des locaux : - un médecin, médecin-dentiste, ainsi que tout autre professionnel de santé autorisé à prescrire des examens de biologie médicale, à l'exception du ou des responsable(s) de laboratoire dont question à l'article 4 ; - un établissement hospitalier, sans préjudice de la faculté de s'associer dans une structure commune conformément à l'article 36 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ; - les personnes associées au sein de l'organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier, ainsi que toute autre personne qui détient directement ou indirectement une fraction du capital social de l'organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier.»

Art. 51.

L'article 4, paragraphe 1er, de la loi du 19 décembre 2003 portant création de l'établissement public « Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation » est modifié comme suit : «(1) Les fonctions d'organisme gestionnaire sont assurées par un conseil d'administration composé de onze membres effectifs et de onze membres suppléants, nommés et révoqués par le Grand-Duc, sur

proposition du ministre ayant la Santé dans ses attributions, dont : - cinq membres proposés par le Conseil de Gouvernement, dont deux pour représenter plus particulièrement les intérêts des usagers ; - quatre membres représentant chacun un des centres hospitaliers proposés par l'organisme gestionnaire de l'hôpital respectif ; - un membre proposé par le Conseil médical de l'établissement ; - un membre représentant le personnel non-médecin, proposé par les délégations du personnel.»

Art. 52.

L'article 2 de la loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public « Laboratoire national de santé » est complété par un paragraphe 4 qui prend la teneur suivante : «(4) L'établissement gère le centre de diagnostic dans les domaines : 1. de la génétique humaine, constitutionnelle et somatique, y compris l'interprétation de ces examens et le conseil génétique ; 2. de l'anatomie pathologique assurant au niveau national les examens cytologiques et histologiques visés à l'article 6 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.»

Art. 53.

À l'article 15, paragraphe 1er de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, la dernière phrase est remplacée par « Ce règlement grand-ducal peut aussi fixer le format, les standards et les normes à utiliser aux fins d'assurer l'interopérabilité du dossier individuel du patient hospitalier et l'établissement du résumé clinique de sortie et de ses éléments, de faciliter la tenue de bases de données communes standardisées, de tableaux de bord, et de permettre à l'aide de techniques d'anonymisation la conservation et l'extraction des données relatives au fonctionnement, à la performance et à la gestion du système de santé ainsi qu'à des fins statistiques, de recherche et d'amélioration continue.»

Art. 54.

La loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État est modifiée comme suit : 1. à l'article 12, paragraphe 1er, alinéa 7, à la fin du point 10., les termes « le commissaire du Gouvernement aux hôpitaux » sont intercalés entre les termes « de commissaire du Gouvernement chargé de l'instruction disciplinaire » et ceux de « classées au grade 17 » ; 2. à l'annexe A, au tableau « Classification des fonctions », dans la rubrique « Sous-groupe à attributions particulières » de la catégorie A, sous-groupe de traitement A1, la fonction de « commissaire du Gouvernement aux hôpitaux » est classée dans la colonne de droite correspondant au grade 17.

Art. 55.

Dans tous les textes législatifs et réglementaires les termes « centre de compétences » sont remplacés par « réseaux de compétences » .

Art. 56.

L'article 29, paragraphe 2 ne s'applique pas aux directeurs généraux des hôpitaux actuellement en fonction.

Art. 57.

Au plus tard 4 mois après l'entrée en vigueur de la présente loi, doivent être soumis pour autorisation au ministre 1. les projets d'établissement des établissements hospitaliers tels que prévus à l'article 7 ; 2. les projets de services visés à l'article 9 des services hospitaliers que les établissements sont tenus ou souhaitent exploiter conformément aux articles 4 et 5 ; 3. les demandes d'autorisation, d'acquisition ou d'utilisation : a) d'un équipement ou d'un appareil médical nécessitant une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières tel que déterminé à l'annexe 3 ; b) d'un équipement ou d'un appareil médical dont le coût dépasse 250.000 euros.

Art. 58.

La loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers et la loi du 27 février 1986 concernant l'aide médicale urgente sont abrogées.

Art. 59.
La référence à la présente loi se fait sous la forme suivante : « Loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ».

Art. 60.
La présente loi entre en vigueur le premier jour du mois suivant celui de sa publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

Annexe 1 - Nombre maximal de lits pouvant être autorisé au niveau national

1. Lits aigus

Total du nombre maximal de lits aigus pouvant être autorisé : **~~2.350~~2.745, dont un nombre maximal de lits de réserve sanitaire : 200**

2. Lits de moyen séjour

Total du nombre maximal des lits de moyen séjour pouvant être autorisé : « **~~710~~840** » dont

a) un nombre maximal de lits de rééducation gériatrique pouvant être autorisé : 310
b) un nombre maximal de lits de rééducation fonctionnelle pouvant être autorisé : **~~100~~150**
c) un nombre maximal de lits de réhabilitation physique et post oncologique pouvant être autorisé : 60
d) un nombre maximal de lits de réhabilitation psychiatrique pouvant être autorisé : **~~180~~240**
e) un nombre maximal de lits de soins palliatifs situés dans un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie pouvant être autorisé : **~~20~~25**

3. Lits d'hospitalisation de longue durée

Total du nombre maximal de lits d'hospitalisation de longue durée pouvant être autorisé : **~~87~~160**

4. Total des lits hospitaliers

Total du nombre maximal de lits hospitaliers pouvant être autorisé : « **~~3.147~~3.745** »

Annexe 2 - Définitions des services hospitaliers

A. Services de soins aigus (lits aigus)

Dénomination du service, nombre max de services, nombre de lits min par service, nombre de lits max nationaux	**Définition**
Cardiologie 4 services # lits min/service : 14 # lits max nationaux : 140	Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, prenant en charge des patients présentant des problèmes cardio-vasculaires qui sont de nature à nécessiter une exploration diagnostique et un traitement de nature non-invasive. Il est en mesure d'assurer la défibrillation, la thrombolyse coronaire, le placement d'un stimulateur cardiaque provisoire, la prise de la pression cardiaque droite et de tension intra-artérielle. Le service de cardiologie a recours aux soins de kinésithérapie et dispose d'un accès au plateau médicotechnique d'investigations cardio-circulatoires d'électrocardiographie, d'échocardiographie, de cyclométrie et de monitorage de Holter. Il dispose d'un lien fonctionnel direct avec un service d'urgence et un service de soins intensifs établis sur le même site. Il dispose également d'un lien fonctionnel direct avec le service de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque et un service de chirurgie vasculaire, soit au sein du même établissement, soit dans un autre établissement sur base d'une convention écrite.
Cardiologie interventionnelle et chirurgie cardiaque Service national # lits min/service : 20 # lits max nationaux : 30	Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, disponible 24h/24 et 7jours/7, prenant en charge des patients adultes présentant des problèmes cardiaques qui sont de nature à nécessiter une exploration diagnostique invasive poussée ou nécessiter un traitement à caractère invasif prononcé, y compris la thérapie interventionnelle, l'électrophysiologie et l'implantation d'un stimulateur cardiaque et un traitement chirurgical invasif, à l'exception de la transplantation et du traitement des anomalies congénitales durant l'enfance. Le service de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque dispose de liens fonctionnels étroits avec les services de secours, les services d'urgence, ainsi qu'avec un service de soins intensifs et un service de cardiologie établis sur le même site. Les transferts de patients et les modalités de ces transferts entre les services sont établis en commun et font l'objet de procédures écrites. L'autorisation de pratiquer la chirurgie cardiaque ne peut être accordée ou renouvelée que sur base de l'activité annuelle de chirurgie cardiaque pour adultes établie sur base des interventions pratiquées sous circulation extracorporelle ou par la technique à « cœur battant ».
Chirurgie esthétique # services max 3	Un service de traitement chirurgical à visée esthétique, prenant en charge des personnes, à la suite d'altérations morphologiques ou de disgrâces acquises ou constitutionnelles non pathologiques. Il a recours aux compétences de chirurgie plastique ou maxillo-faciale

#lits min par service : 5 #lits max nationaux : 15	et, selon le territoire anatomique des interventions réalisées, aux compétences chirurgicales des spécialités concernées. La chirurgie esthétique est soumise aux conditions suivantes : - Fournir à la personne concernée, pour toute prestation de chirurgie esthétique, les informations relatives aux conditions de l'intervention, les risques et éventuelles conséquences et complications, ainsi qu'un devis détaillé des honoraires médicaux, frais et durée estimée de séjour hospitalier, produits, médicaments et dispositifs médicaux ; ce devis est daté et signé du ou des chirurgien**s** devant réaliser l'intervention prévue. - Respecter un délai minimal de quinze jours entre la remise du devis et l'intervention éventuelle. - Disposer de l'accès au soutien psychologique pour tout patient tout au long de la prise en charge.
Chirurgie pédiatrique Service national # lits min/service : 15 # lits max nationaux : 20	Un service de diagnostic et de traitement chirurgical, prenant en charge des enfants et adolescents âgés de 0 à 16 ans et, le cas échéant jusqu'à 18 ans, relevant d'une discipline chirurgicale, à la suite de blessures, de malformation ou de maladie. Le service dispose d'infrastructures, d'équipement et d'une organisation adaptés aux besoins de l'enfant. Le service dispose d'un lien fonctionnel avec un service d'imagerie disposant de compétences en radiologie pédiatrique, un service d'urgences pédiatriques, un service de soins intensifs pédiatriques et un service de pédiatrie établis sur le même site. Le service a accès à des compétences en anesthésiologie pédiatrique, garantissant la sécurité anesthésique aux nourrissons et jeunes enfants (moins de 10 kg et/ou moins de 2 ans). Il participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.
Chirurgie plastique Service national # lits min/service : 10 # lits max nationaux : 15	Un service de diagnostic et de traitement chirurgical à visée thérapeutique, reconstructive ou fonctionnelle, prenant en charge des patients, à la suite d'un accident, d'un traitement, de blessures, de malformation ou d'un déficit fonctionnel. Il a recours aux soins de kinésithérapie et au soutien psychologique et dispose de liens fonctionnels étroits avec un service de rééducation fonctionnelle musculo-squelettique, situé ou non sur le même site. Le service de chirurgie plastique peut pratiquer la chirurgie esthétique s'il se soumet aux conditions applicables au service de chirurgie esthétique.
Chirurgie vasculaire # services max 4 # lits min/service : 10 # lits max nationaux : ~~60~~**70**	Un service prenant en charge des patients présentant des problèmes vasculaires qui sont de nature à nécessiter un traitement interventionnel par voie chirurgicale, endovasculaire, ou mixte (hybride) intéressant les vaisseaux périphériques. Le service de chirurgie vasculaire dispose d'un lien fonctionnel direct avec un service d'imagerie et un service de soins intensifs établis sur le même site. Le service de chirurgie vasculaire peut assurer le traitement de patients présentant des pathologies carotidiennes s'il dispose, sur le même site, d'un service neuro-vasculaire.
Chirurgie viscérale 4 services # lits min/service : 15 # lits max nationaux : ~~100~~**105**	Un service de diagnostic et de traitement chirurgical, prenant en charge des patients relevant d'une discipline chirurgicale générale, digestive ou viscérale, à la suite de blessures, de malformation ou de maladie. Le service de chirurgie viscérale dispose d'un accès à un plateau médicotechnique d'imagerie et d'investigations fonctionnelles situé sur le même site. Le service dispose de liens fonctionnels étroits avec le service des urgences et, le cas échéant, les services de médecine interne générale, de gastro-entérologie et d'oncologie établis sur le même site. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique et participe aux réunions de concertation multidisciplinaire bariatrique pour toute son activité de chirurgie bariatrique.
Gastroentérologie 4 services	Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, prenant en charge des patients présentant des affections des organes digestifs et de leurs voies. Le service de gastro-entérologie dispose d'un accès à un plateau médicotechnique d'imagerie, d'endoscopie

# lits min/service : 12 # lits max nationaux : ~~90~~85	et d'investigations fonctionnelles digestives, ainsi que d'un lien fonctionnel avec un service de soins intensifs établis sur le même site qui précise les conditions de transfert des patients dans ces services. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.
Gériatrie aiguë 4 services # lits min/service : 15 # lits max nationaux : 120	Un service de diagnostic, de traitement, de soins et de suivi de patients gériatriques, dans une approche pluridisciplinaire, dont l'objectif est la récupération optimale des performances fonctionnelles, de la meilleure autonomie et qualité de vie de la personne âgée. Un service de gériatrie aiguë dispose d'un accès à un plateau médicotechnique d'imagerie et d'investigations fonctionnelles. Le service de gériatrie aiguë a recours aux soins de kinésithérapie, orthophonie, ergothérapie, en soutien psychologique, à l'assistance sociale et diététique sur le même site et d'un lien fonctionnel avec un service de rééducation gériatrique, établi ou non sur le même site ; dans ce dernier cas, une convention écrite précise les critères et modalités de transfert des patients. Un service de gériatrie aiguë peut être localisé sur un site hospitalier ne disposant pas d'un service de médecine interne générale, de chirurgie viscérale, ou d'urgence ; dans ce cas, le service de gériatrie est considéré comme isolé et doit répondre aux conditions ci-après : • Être en liaison fonctionnelle avec un service hospitalier réservé aux malades les plus aigus, soit au sein du même établissement, soit dans un autre établissement proche en faisant l'objet d'une convention écrite, précisant les modalités de recours au plateau technique. • Disposer de la même équipe de médecins spécialistes en gériatrie pour assurer le traitement dans les deux services. • Appliquer une politique d'admission, de transfert et de sortie transparente reposant sur des critères objectifs.
Gynécologie # service max : 4 # lits min/service : 8 # lits max nationaux : ~~80~~85	Un service de diagnostic et de traitement, médical et chirurgical, prenant en charge les patientes présentant des pathologies de l'appareil génital féminin, pouvant inclure les pathologies endocriniennes, les interventions plastiques et reconstructives, et l'oncologie gynécologique. Le service a recours aux soins de kinésithérapie et dispose d'un accès à un plateau médicotechnique d'imagerie et d'investigations fonctionnelles gynécologiques situé sur le même site et participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.
Hémato-oncologie Service national # lits min/service : 7 # lits max nationaux : ~~15~~25	Le service d'hémato-oncologie répond à la définition du service d'oncologie et assure en outre la prise en charge des patients atteints d'affections hématologiques malignes. Il dispose de l'expertise et des équipements propres à la réalisation d'aphérèses, de greffes de cellules hématopoïétiques et de thérapie cellulaire.
Immuno-allergologie Service national # lits min/service : 1 # lits max nationaux : 5	Un service de diagnostic et de traitement, prenant en charge des patients affectés de troubles immunitaires, y compris allergiques, et de maladies auto-inflammatoires. Le service dispose de compétences en allergologie, immunologie et rhumatologie et dispense des traitements immuno-modulateurs. Le centre hospitalier disposant du service d'immuno-allergologie établit obligatoirement une convention avec, le cas échéant, celui disposant d'une unité de transplantation d'organes, précisant les critères et modalités de transfert des patients d'un service à l'autre.

Maladies infectieuses Service national # lits min/service : 18 # lits max nationaux : ~~20~~**30**	Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, prenant en charge des patients présentant des affections causées par des agents infectieux et, dans certaines conditions, des patients présentant des formes inhabituelles et/ou sévères de maladies infectieuses. Un service de maladies infectieuses dispose de chambres d'isolement à pression négative ; des procédures spécifiques y sont prévues pour la prise en charge des patients contagieux ainsi que pour la prise en charge de maladies causées par des germes émergents, l'admission et le transfert de patients hautement infectieux depuis et vers d'autres services hospitaliers et les structures extrahospitalières.
Médecine de l'environnement Service national # lits min/service : 0 # lits max nationaux : 2	Un service de diagnostic et de traitement prenant en charge des patients atteints de problèmes de santé liés à l'exposition à des facteurs environnementaux. Il dispose de compétences médicales en médecine de l'environnement et en santé au travail et travaille en lien étroit avec les services de l'Etat et les établissements publics qui analysent l'exposition à des polluants, ainsi qu'avec les services de médecine du travail. Le médecin-spécialiste expérimenté en médecine environnementale collabore à une prise en charge interdisciplinaire en fonction de la symptomatologie du patient et dans le respect des aspects somatiques, psychiques et sociaux du patient. Le service assure les soins ambulatoires et a accès à des lits d'hospitalisation dans un environnement répondant à des critères protecteurs stricts en matière de polluants. Il contribue à une documentation exhaustive des pathologies liées à l'environnement, des expositions à des facteurs environnementaux et des actions entreprises, dans un but de santé publique, de prévention et d'analyse de son activité en réseau avec d'autres services de médecine environnementale notamment universitaires, à l'étranger.
Médecine interne générale 4 services # lits min/service : 10 # lits max nationaux : ~~110~~**140**	Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, prenant en charge des patients adultes présentant une ou plusieurs affections complexes, aiguës ou chroniques relevant d'une discipline médicale, à l'exception des disciplines chirurgicales et psychiatriques, dans le respect de leurs aspects somatiques, psychiques et sociaux et, le cas échéant, par une approche multidisciplinaire coordonnée. Un service de médecine interne dispose d'un accès à un plateau médicotechnique d'imagerie et d'investigations fonctionnelles et de liens fonctionnels avec le service des urgences et le service de soins intensifs établis sur le même site. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.
Néonatologie intensive Service national # lits min/service : 14 # lits max nationaux : 25	Un service assurant l'accueil, la surveillance et la prise en charge des nouveau-nés, prématurés ou à terme, 24h/24 et 7j/7, qui présentent ou sont susceptibles de présenter des problèmes d'adaptation mettant directement en jeu leur pronostic vital ou leur avenir fonctionnel ou une défaillance aiguë d'un ou plusieurs organes mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital ou leur avenir fonctionnel, et qui nécessitent en conséquence le recours à des techniques de surveillance, de suppléance et de soins spécifiques, intensives ou non. Le service de néonatologie intensive assure également les soins intensifs postopératoires des nouveau-nés relevant de la chirurgie pédiatrique. Le service est organisé de telle façon qu'il puisse assurer : - la permanence médicale et de professions de santé sur place permettant l'accueil des patients et leur prise en charge 24h/24 et 7j/7, - la mise en œuvre prolongée de techniques spécifiques, invasives ou non, - l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés,

	- la sécurité et la continuité des soins en organisant le retour et le transfert des nouveau-nés à la maternité, dans les services d'hospitalisation ou au domicile dès que leur état de santé le permet. Le service de néonatologie intensive est en lien direct et fonctionnel avec un service d'obstétrique situé sur le même site ainsi qu'avec toutes les maternités ne disposant pas de service de néonatologie intensive ; les critères et les modalités de transfert des nouveau-nés ex utero vers le service de néonatologie intensive font l'objet d'une convention et sont portés à la connaissance du public. Le service de néonatologie intensive dispose de liens fonctionnels directs, sur le même site, avec un service de chirurgie pédiatrique et un service d'imagerie avec compétences en imagerie médicale pédiatrique, ainsi qu'avec un service de soins intensifs pédiatriques.
Néphrologie Service national # lits min/service : 5 # lits max nationaux : **~~30~~45**	Un service répondant à la définition du service de dialyse, assurant en outre le diagnostic, le traitement, les soins et le suivi de patients atteints d'affections rénales et la prise en charge de patients soumis à un traitement de suppléance rénale à tout stade de leur affection et de leur traitement. Le service de néphrologie dispose d'un accès au plateau médicotechnique d'imagerie et d'investigations fonctionnelles néphrologiques sur le même site. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique. Le service de néphrologie dispose de la capacité à assurer l'épuration extra-rénale sur le même site et peut assurer de tels services sur d'autres sites hospitaliers. Le service assure le suivi de patients après transplantation rénale.
Neurochirurgie Service national # lits min/service : 30 # lits max nationaux : **~~40~~55**	Un service assurant le diagnostic, le traitement chirurgical et la prise en charge péri-opératoire des malformations, maladies, traumatismes, y compris leurs séquelles, du système nerveux central, de ses enveloppes, de ses vaisseaux et de ses cavités, ainsi que du système nerveux périphérique et végétatif. Le service de neurochirurgie dispose d'un lien fonctionnel, sur le même site, avec un service d'imagerie médicale pratiquant la neuro-imagerie interventionnelle, un service de neurologie, un service neuro-vasculaire (de niveau 2) et un service de soins intensifs pratiquant des soins intensifs spécialisés en neurologie et en neurochirurgie ; les critères et les modalités d'accès et de transfert des patients entre ces services font l'objet de dispositions établies en commun. Il participe aux réunions de concertations pluridisciplinaires pour toute son activité oncologique. Il dispose d'une convention avec un service de réhabilitation neurologique et avec tout service d'orthopédie d'un autre site réalisant des interventions sur le squelette axial, précisant les critères et les modalités de transfert des patients. Le service de neurochirurgie est autorisé à pratiquer la chirurgie stéréotaxique à condition de disposer de l'équipement nécessaire.
Neurologie # 4 service**s** # lits min/service : 14 # lits max nationaux : **~~85~~90**	Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, prenant en charge des patients présentant des affections du système nerveux central, périphérique et végétatif, y compris leurs conséquences fonctionnelles. Le service de neurologie a recours aux soins en médecine physique et réadaptation, en kinésithérapie, en ergothérapie, en orthophonie et au soutien psychologique. Le service de neurologie dispose d'un accès à un plateau médicotechnique sur le même site, permettant de réaliser des examens d'imagerie par radiographie, scannographie computérisée et résonnance magnétique nucléaire, ainsi que des examens fonctionnels d'électromyographie, d'électro-encéphalographie, d'urodynamique et d'analyse du mouvement. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique. En l'absence de lien fonctionnel direct avec un service neuro-vasculaire établi sur le même site, le service dispose obligatoirement d'une convention avec un service neuro-vasculaire, précisant les critères et les modalités d'admission et de transfert entre les deux services.

Neuro-vasculaire de niveau 1 (stroke unit niveau 1) # service max : 4 # lits min/service : 4 # lits max nationaux : 18	Un service fonctionnellement identifié, comprenant des lits de soins intensifs neuro-vasculaires et des lits d'hospitalisation « classiques » dédiés exclusivement à l'accueil 24h/24 et 7j/7 et à la prise en charge aiguë et en temps utile des patients présentant des accidents vasculaires cérébraux, en lien fonctionnel avec les services de secours, les structures d'accueil des urgences, et les structures de revalidation. Le service stroke unit niveau 1 dispose sur son site d'une expertise médicale en pathologie neuro-vasculaire 24h/24 et 7j/7 dans un délai de 30 minutes et d'un accès direct à l'imagerie par scannographie computérisée et par résonnance magnétique. Il dispose de critères d'admission et d'évaluation ainsi que de processus standardisés pour le diagnostic, la surveillance et le traitement des patients atteints d'un accident vasculaire cérébral, et se soumet à une évaluation externe annuelle selon des indicateurs de résultats définis. Il a recours aux soins en kinésithérapie, en ergothérapie, en orthophonie, au soutien psychologique et à l'assistance sociale. Les hôpitaux disposant d'un service stroke unit type niveau 1 établissent obligatoirement une convention avec celui disposant d'un service stroke unit niveau 2, précisant les critères et les modalités de transfert des patients d'un service à l'autre. Le service stroke est organisé afin de garantir aux patients présentant des accidents vasculaires cérébraux la continuité de l'accès à l'expertise et à la prise en charge neuro-vasculaire. Il organise la réhabilitation précoce multidisciplinaire des patients concernés.
Neuro-vasculaire de niveau 2 (stroke unit niveau 2**)** Service national # lits min/service : 6 # lits max nationaux : 12	Le service stroke niveau 2 répond aux critères du service stroke unit niveau 1 défini ci-dessus et assure en outre, sur le même site, la prise en charge des accidents vasculaires hémorragiques et des patients relevant des techniques de neuro-imagerie interventionnelle et de neurochirurgie. Il dispose d'un accès direct, sur le même site, à une salle d'angiographie numérisée interventionnelle.
Obstétrique (niveau 1 et 2) 4 services # lits min/service : 10 # lits max nationaux : ~~100~~**130**	Un service de diagnostic, de suivi et de traitement de la femme et de l'enfant durant la grossesse normale et pathologique, ainsi que lors de l'accouchement, et qui assure le suivi postnatal immédiat de la mère et de l'enfant, par l'intervention coordonnée des professionnels concernés. Le service d'obstétrique doit être accessible 24h/24 et 7j/7 et assure un nombre minimum de 300 accouchements par an. Tout service d'obstétrique a recours aux soins de kinésithérapie, au soutien psychologique et à l'assistance sociale. Le service est en lien direct et fonctionnel avec un service de soins intensifs pour adultes établi sur le même site et avec un service de néonatologie intensive, situé ou non sur le même site ; les critères et les modalités de transfert des nouveau-nés in utero vers une autre maternité et ex utero vers le service national de néonatologie intensive font l'objet de conventions et sont portés à la connaissance du public. Un service d'obstétrique fait partie intégrante de la maternité, unité organisationnelle d'un hôpital, dont on distingue 2 niveaux : - une maternité de niveau 1 comporte un service d'obstétrique pour la prise en charge des grossesses normales et l'examen et la prise en charge du nouveau-né auprès de sa mère, dans des situations fréquentes et sans gravité. Si une maternité de niveau 1 réalise 1.500 accouchements par an ou plus, elle peut assurer le suivi des grossesses pathologiques et le service de pédiatrie de proximité peut y disposer d'une unité de néonatologie (non-intensive) pour la prise en charge des nouveau-nés pouvant présenter des difficultés d'adaptation et qui nécessitent des soins néonataux non-intensifs spécialisés. Une convention avec l'hôpital exploitant le service national de néonatologie précise les critères et les modalités de transfert des nouveau-nés,

	- une maternité de niveau 2 comporte un service d'obstétrique et un service de néonatologie intensive pour la prise en charge des grossesses normales, pathologiques et à haut risque et des nouveau-nés pouvant présenter des difficultés d'adaptation nécessitant des soins néonataux spécialisés, ainsi que des nouveau-nés présentant des détresses graves. Une maternité qui assure moins de 1500 accouchements par an dispose au moins d'une disponibilité 24h/24 et 7j/7 sur appel et dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité, du médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique et du médecin spécialiste en anesthésie pour la prise en charge de la femme enceinte et parturiente, ainsi que du médecin spécialiste en pédiatrie pour la prise en charge du nouveau-né. Une maternité de niveau 1 qui assure annuellement 1500 accouchements ou plus, ou une maternité de niveau 2 quel que soit son niveau d'activité, doit disposer d'une présence, 24h/24 et 7j/7 sur le site de l'établissement, d'un médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique, d'un médecin spécialiste en anesthésie pour la prise en charge de la femme enceinte et parturiente, ainsi que de la présence d'un médecin spécialiste en pédiatrie pour la prise en charge du nouveau-né.
Oncologie # service max : 4 # lits min/service : 8 # lits max nationaux : **~~130~~145**	Un service de diagnostic et de traitement pluridisciplinaires, de soins et de suivi des affections oncologiques des patients âgés de 18 ans ou plus. Le service d'oncologie est organisé afin d'assurer à chaque patient : - l'accès rapide au diagnostic, - l'annonce du diagnostic et d'une proposition thérapeutique fondée sur une concertation pluridisciplinaire, selon des modalités conformes aux référentiels de prise en charge et traduite dans un programme de soins remis au patient et accepté par celui-ci, - la mise en œuvre de traitements conformes à des référentiels de bonne pratique clinique publiés ou, à défaut, à des recommandations faisant l'objet d'un consensus des sociétés savantes, - l'accès aux soins et aux soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie, notamment la prise en charge de la douleur, le soutien psychologique, le renforcement de l'accès aux services sociaux, et s'il y a lieu, la démarche palliative, - l'organisation de la prise en charge pluridisciplinaire en collaboration formelle avec d'autres services hospitaliers, le cas échéant, et, dans tous les cas, avec le secteur des soins primaires. Le service dispose d'un accès direct à une unité hospitalière de diagnostic, de traitement et de soins médicaux prenant en charge des patients présentant un état de douleurs chroniques, par une approche multidisciplinaire incluant les aspects somatiques, psychologiques et sociaux. Cette unité dispose de compétences médicales en algologie et en anesthésie et a recours à des compétences en psychologie, en kinésithérapie, en relaxation et en éducation thérapeutique. Elle offre une consultation spécialisée accessible aux patients ambulatoires au moins trois demi-journées par semaine, tient des réunions de concertation interdisciplinaires régulières et travaille en réseau avec les médecins et structures de soins extrahospitaliers. En l'absence d'un accès direct à une telle unité, le service d'oncologie dispose d'une convention avec un établissement hospitalier disposant d'une telle unité, précisant les modalités de la prise en charge coordonnée des patients. L'établissement hospitalier dispose d'une convention avec le centre de diagnostic visé à l'article 2, paragraphe 5, de la loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public « Laboratoire national de santé » précisant les critères et les modalités d'analyse des prélèvements, ainsi qu'avec le service de radiothérapie, précisant les critères et les modalités de transfert des patients. Ce service doit de plus satisfaire aux critères définis en matière de qualité de la prise en charge des affections cancéreuses et assurer aux patients, soit par lui-même, le cas échéant en lien avec une des structures existant dans des pays étrangers, soit par une convention avec d'autres

	établissements de santé, l'accès aux traitements innovants et aux essais cliniques. Le service dispose d'une charte de bonnes pratiques dans sa version la plus récente en matière d'oncologie, établie par le Conseil scientifique du domaine de la santé et accessible au public. Le service d'oncologie dispose d'un lien fonctionnel avec le service de réhabilitation post-oncologique, avec lequel il établit une convention, précisant les critères et les modalités de transfert des patients. Les services d'oncologie et d'hémato-oncologie sont soumis à un seuil d'activité minimal annuel à respecter en tenant compte de l'évidence disponible en matière de sécurité et de qualité des pratiques médicales, définis par le Conseil scientifique du domaine de la santé composé d'experts nationaux et internationaux. Ces seuils concernent certaines thérapeutiques ou certaines interventions chirurgicales éventuellement par appareil anatomique ou par pathologie, déterminées en raison de leur fréquence, ou de la complexité de leur réalisation ou de la prise en charge ultérieure. Ils prennent en compte le nombre d'interventions effectuées ou le nombre de patients traités sur les 3 années écoulées.
Ophtalmologie spécialisée Service national # lits min/service : 6 # lits max nationaux : ~~15~~**10**	Un service de diagnostic, de traitement et de soins, prenant en charge des patients présentant des troubles réfractifs, des pathologies médicales et chirurgicales de l'œil et de la sphère péri-oculaire. Il dispose d'un plateau d'explorations fonctionnelles des troubles de la vue. Il garantit la continuité des soins sur le plan national et participe au service d'urgence. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.
ORL # 4 services # lits min/service : 7 # lits max nationaux : ~~60~~**50**	Un service de diagnostic, de traitement et de soins, prenant en charge des patients présentant des affections de l'oreille, du nez et des sinus, de la face, de la gorge et du cou. Il a recours aux soins d'orthophonie et dispose d'un plateau d'explorations fonctionnelles des troubles de l'audition, de l'équilibre et de la voix et de liens fonctionnels étroits avec un service d'imagerie établi sur le même site. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.
Orthopédie # 4 service**s** # lits min/service : 15 # lits max nationaux : 170	Un service de diagnostic, de traitement et de suivi, prenant en charge des patients atteints d'affections innées et acquises de l'appareil musculo-squelettique axial et périphérique. Le service d'orthopédie qui assure une prise en charge interventionnelle des affections du squelette axial dispose de procédures précisant les modalités de prise en charge de ces affections et d'un lien fonctionnel direct avec le service de neurochirurgie ou, dans le cas où ce service n'est pas disponible sur le même site, d'une convention écrite précisant les critères et les modalités de transfert des patients. Le service d'orthopédie a recours aux soins de kinésithérapie sur le même site, et dispose d'un lien fonctionnel direct avec un service de rééducation fonctionnelle ou, dans le cas où un tel service n'est pas disponible sur le même site, d'une convention écrite précisant les critères et les modalités de transfert des patients. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique. Le service dispose d'un accès direct à une unité hospitalière de diagnostic, de traitement et de soins médicaux prenant en charge des patients présentant un état de douleurs chroniques, par une approche multidisciplinaire incluant les aspects somatiques, psychologiques et sociaux. Cette unité dispose de compétences médicales en algologie et en anesthésie et a recours à des compétences en psychologie, en kinésithérapie, en relaxation et en éducation thérapeutique. Elle offre une consultation spécialisée accessible aux

	patients ambulatoires au moins trois demi-journées par semaine, tient des réunions de concertation interdisciplinaires régulières et travaille en réseau avec les médecins et structures de soins extrahospitaliers. En l'absence d'un accès direct à une telle unité, une convention avec un hôpital disposant d'une telle unité, précise les modalités de la prise en charge coordonnée des patients.
Pédiatrie de proximité # service max : 3 # lits min/service : 3 # lits max nationaux : 12	Un service axé sur le diagnostic, le traitement et le suivi des affections des enfants et adolescents, couvrant les âges de 0 à 16 ans, et le cas échéant jusqu'à 18 ans, dont la prise en charge est assurée lors de séjours hospitaliers ne dépassant pas en moyenne 48 heures. Le service dispose d'infrastructures, d'équipements et d'une organisation adaptés aux besoins de l'enfant. Le service peut disposer d'une unité dédiée à la prise en charge ambulatoire, qui répond aux conditions du service d'hospitalisation de jour. Le service assure une disponibilité du médecin spécialiste en pédiatrie pour toute consultation pédiatrique de 08h à 20h les jours ouvrables. En dehors de ces heures et en cas de disponibilité du médecin spécialiste en pédiatrie, le service peut participer au service de garde de pédiatrie. Une convention avec l'hôpital exploitant le service national de pédiatrie spécialisée précise les critères et les modalités de transfert des enfants à pathologies complexes.
Pédiatrie spécialisée Service national # lits min/service : 15 # lits max nationaux : ~~30~~**50**	Un service spécialisé axé sur le diagnostic, le traitement et le suivi des affections des enfants et adolescents, couvrant les âges de 0 à 16 ans et, le cas échéant jusqu'à 18 ans. Le service dispose d'infrastructures, d'équipements et d'une organisation adaptés aux besoins de l'enfant. Il est en lien fonctionnel direct avec le service d'imagerie disposant de compétences en imagerie pédiatrique, le service d'urgences pédiatriques, le service de soins intensifs pédiatriques, le service de néonatologie intensive et le service de chirurgie pédiatrique, sur le même site. Il dispose d'une structure et de compétences permettant d'offrir l'enseignement aux enfants relevant de traitements hospitaliers dès le 7ème jour, en lien avec l'établissement scolaire habituellement fréquenté par l'enfant. Pour les enfants atteints d'une pathologie chronique grave, le service assure : - la communication entre, d'une part, l'équipe hospitalière et, d'autre part, les acteurs de première ligne, - la continuité du traitement hospitalier lorsque le jeune patient quitte l'hôpital pour poursuivre le traitement à son domicile ou inversement. Pour les enfants atteints d'une affection oncologique ou cardiologique faisant l'objet d'une prise en charge à l'étranger, le service assure le transfert vers une structure établie à l'étranger, dont les critères et les modalités sont précisées par convention. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique. Le service dispose : - d'une unité dédiée à la prise en charge ambulatoire, qui répond aux conditions du service d'hospitalisation de jour, - d'une unité dédiée à la prise en charge ambulatoire et stationnaire d'enfants atteints de cancer ou de maladies hématologiques oncologiques dans la mesure où il met en œuvre un processus de prise en charge structurée et coordonnée de ces patients, en collaboration avec des centres étrangers avec lesquels une convention de collaboration est établie, - d'une unité dédiée à la prise en charge ambulatoire et stationnaire de l'adolescent dans la mesure où il met en œuvre un processus de prise en charge multidisciplinaire répondant aux besoins spécifiques des adolescents et de leur développement et qui prépare et soutient la transition vers une prise en charge médicale de l'adulte.

Pneumologie **#** 4 service**s** # lits min/service : 8 # lits max nationaux : **~~80~~100**	Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, prenant en charge des patients présentant des affections des organes respiratoires, de leurs voies et de leurs vaisseaux. Les techniques de ventilation mécanique non-invasive, d'oxygénothérapie avec surveillance continue de l'oxymétrie et de kinésithérapie respiratoire y sont mises en œuvre. Le service de pneumologie dispose d'un accès à un plateau médicotechnique d'imagerie, de bronchoscopie et d'investigations fonctionnelles respiratoires, ainsi que d'un lien fonctionnel avec un service de soins intensifs établis sur le même site précisant les conditions de transfert des patients entre ces~~s~~ service~~s~~. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.
Psychiatrie aiguë 4 services # lits min/service : 35 # lits max nationaux : **~~240~~260**	Un service assurant la prévention, l'observation, le diagnostic, les soins, le traitement, la réadaptation et la réinsertion sociale d'adultes atteints de troubles mentaux ou de problèmes liés à l'abus de substance, dans une approche pluridisciplinaire. Il doit être en lien fonctionnel étroit avec un service d'urgence et de médecine interne établis sur le même site, ainsi qu'avec un service de réhabilitation psychiatrique, les structures extrahospitalières de santé mentale, les soins de santé primaire et les institutions appropriées pour les personnes handicapées. Les transferts de patients et les modalités de ces transferts entre les services sont établis en commun et font l'objet de procédures écrites. Le service doit disposer 24h/24, 7j/7, d'une capacité d'accueil appropriée aux besoins urgents spécifiques des patients qui y sont pris en charge et d'une section fermée protectrice pour les patients qui le nécessitent.
Psychiatrie infantile Service national # lits min/service : 8 # lits max nationaux : **~~12~~16**	Un service assurant l'observation, le diagnostic, le traitement et le suivi d'enfants âgés de moins de 13 ans, atteints de troubles mentaux ou de problèmes liés à l'abus de substance, dans une approche pluridisciplinaire. Il doit être en lien fonctionnel étroit avec un service de pédiatrie spécialisée et un service de psychiatrie juvénile, un service d'urgence pédiatrique, un service d'hospitalisation de jour assurant la réadaptation socio-éducative maximale des enfants, les structures extrahospitalières de santé mentale, les soins de santé primaire ainsi qu'avec les institutions appropriées pour les personnes handicapées. Les transferts de patients et les modalités de ces transferts entre les services sont établis en commun et font l'objet de procédures écrites. Le service doit disposer 24h/24, 7j/7, d'une capacité d'accueil appropriée aux besoins urgents spécifiques des patients qui y sont pris en charge.
Psychiatrie juvénile Service national # lits min/service : 15 # lits max nationaux : 35	Un service assurant l'observation, le diagnostic, le traitement et le suivi d'adolescents âgés de 13 à 18 ans, atteints de troubles mentaux ou de problèmes liés à l'abus de substance, dans une approche pluridisciplinaire. Il doit être en lien fonctionnel étroit avec un service de pédiatrie ou médecine interne, un service d'urgence et un service d'hospitalisation de jour assurant la réadaptation socio-éducative maximale des adolescents, les structures extrahospitalières de santé mentale, les soins de santé primaire ainsi qu'avec les institutions appropriées pour les personnes handicapées. Les transferts de patients et les modalités de ces transferts entre les services sont établis en commun et font l'objet de procédures écrites. Le service doit disposer 24h/24, 7j/7, d'une capacité d'accueil appropriée aux besoins urgents spécifiques des patients qui y sont pris en charge et d'une section fermée protectrice pour les patients qui le nécessitent.
Soins intensifs et anesthésie 4 services	Un service assurant l'accueil, la prise en charge diagnostique et thérapeutique ainsi que la surveillance des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillance(s) aiguë(s) d'organe(s), mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance.

# lits min/service : 12 # lits max nationaux : ~~100~~120	Le service prend également en charge des patients nécessitant le recours à l'anesthésie, sous quelque modalité que ce soit (générale, locorégionale, épidurale, rachianesthésie ou autre), cette prise en charge incluant l'évaluation pré-anesthésique des facteurs de risque et le suivi post-anesthésique jusqu'à récupération des fonctions vitales, ainsi que l'analgésie pour la prise en charge de la douleur post-interventionnelle. Il assure : - une permanence médicale et de professions de santé permettant l'accueil des patients et leur prise en charge 24h/24 et 7j/7, - la mise en œuvre prolongée de techniques spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés, - la sécurité et la continuité des soins en organisant le retour et le transfert des patients dans les services d'hospitalisation dès que leur état de santé le permet. Le service de soins intensifs dispose de liens fonctionnels directs avec le service d'urgence, avec le service d'imagerie médicale et avec d'autres services d'hospitalisation dédiés à des patients présentant des affections médicales ou chirurgicales sur le même site ; le transfert des patients de et vers un service de soins intensifs répond à des critères documentés et accessibles à tous les médecins de l'établissement. Des conditions particulières aux soins intensifs spécialisés en cardiologie et en neurologie-neurochirurgie peuvent être déterminées.
Soins intensifs pédiatriques Service national # lits min/service : 5 # lits max nationaux : ~~5~~10	Un service prenant en charge des nourrissons, enfants et adolescents, à partir de la 5ème semaine de vie et jusqu'à l'âge de 16 ans et, le cas échéant jusqu'à 18 ans, qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë d'un ou plusieurs organes, mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance ou dont l'affection requiert des avis et prises en charge spécialisés du fait de sa rareté ou de sa complexité. Il assure également la réanimation postopératoire des enfants relevant de la chirurgie pédiatrique. Il assure : - une permanence médicale et de professions de santé permettant l'accueil des enfants et adolescents et leur prise en charge 24h/24 et 7j/7, - la mise en œuvre prolongée de techniques invasives spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés, - la sécurité et la continuité des soins en organisant le retour et le transfert des enfants et adolescents dans les services d'hospitalisation dès que leur état de santé le permet. Le service de soins intensifs pédiatriques dispose de liens fonctionnels direct avec les services de secours extrahospitaliers et avec le service des urgences, de néonatologie intensive, le service d'imagerie disposant de compétences en imagerie pédiatrique et avec d'autres services d'hospitalisation dédiés à des enfants présentant des affections médicales ou chirurgicales sur le même site ; le transfert des patients de et vers un service de soins intensifs pédiatriques répond à des critères documentés et accessibles à tous les médecins de l'établissement.
Traumatologie 4 services # lits min/service : 15	Un service de diagnostic, de traitement et de suivi, prenant en charge des patients atteints de lésions traumatiques intéressant la peau et les muqueuses, l'appareil musculo-squelettique, les organes internes, pouvant inclure les interventions plastiques et reconstructives. Un service de traumatologie dispose d'un lien fonctionnel direct avec le service d'urgence, le service des soins intensifs et le service d'imagerie médicale situés sur le même site. Il dispose en outre d'une convention avec le service de neurochirurgie précisant les critères

# lits max nationaux : ~~130~~120	et les modalités de transfert des patients. Le service de traumatologie a recours aux soins de kinésithérapie sur le même site, et dispose d'un lien fonctionnel direct avec un service de rééducation fonctionnelle ou, dans le cas où un tel service n'est pas disponible sur le même site, d'une convention écrite précisant les critères et les modalités de transfert des patients.
Urologie 4 services # lits min/service : 5 # lits max nationaux : ~~80~~70	Un service de diagnostic, de traitement et de suivi, prenant en charge des patients atteints de pathologies innées et acquises de l'appareil et des voies urinaires, pouvant inclure les interventions plastiques et reconstructives et l'oncologie de l'appareil urinaire et de ses annexes. Le service d'urologie dispose d'un accès à un plateau médicotechnique d'imagerie, d'endoscopie et d'investigations fonctionnelles urologiques situé sur le même site et participe aux réunions de concertation pluridisciplinaires pour toute son activité oncologique. Il a recours à au moins un médecin spécialiste en urologie disposant d'un agrément pour l'accès à et l'utilisation de l'équipement de lithotritie extracorporelle.
Radiothérapie Service national # lits min/service : 2 # lits max nationaux : 2	Un service assurant, au bénéfice de patients atteints d'affections tumorales, cancéreuses ou hématologiques, des traitements de radiothérapie à visée curative ou palliative, dans un contexte pluridisciplinaire de cancérologie. Le service de radiothérapie participe aux décisions thérapeutiques oncologiques dans le cadre des réunions de concertation pluridisciplinaires. Le service dispose d'une convention avec tous les services d'oncologie autorisés, précisant les critères et les modalités de transfert des patients, et d'un lien fonctionnel étroit avec les soins de santé primaires et spécialisés. Ce service doit de plus satisfaire aux critères définis en matière de qualité de la prise en charge des affections cancéreuses et assurer aux patients, soit par lui-même, le cas échéant en lien avec une des structures existant dans des pays étrangers, soit par une convention avec d'autres établissements de santé, l'accès aux traitements innovants et aux essais cliniques. Le service dispose d'une charte de bonnes pratiques dans sa version la plus récente en matière de radiothérapie oncologique, approuvée par le Conseil scientifique du domaine de la santé et accessible au public. Le service de radiothérapie est soumis à un seuil d'activité minimal annuel à respecter, de l'ordre de 400 traitements par an et par accélérateur linéaire.

B. Services de moyen séjour (lits de moyen séjour)

Rééducation fonctionnelle Service national # lits min/service : 30 # lits max nationaux : ~~100~~**150**	Un service assurant la récupération optimale des performances fonctionnelles, de la meilleure autonomie et qualité de vie de la personne ~~**adulte**~~ présentant un déficit neurologique, cardiaque ou musculo-squelettique, en vue du retour ou maintien dans le milieu de vie du patient à la suite d'une maladie ou d'un événement de santé. Si le service de rééducation fonctionnelle travaille en lien fonctionnel avec les services de neurologie, de neurochirurgie, de cardiologie, d'orthopédie, de rhumatologie ou de traumatologie, l'établissement hospitalier spécialisé dispose d'une convention avec les centres hospitaliers exploitant ces services, précisant les critères et les modalités de transfert des patients. En outre, il dispose de liens fonctionnels avec le secteur extrahospitalier ; il met à la disposition du public les critères d'admission, de début et de fin de prise en charge des patients, ainsi que l'offre de soins disponible, qui doit couvrir quotidiennement au moins deux des disciplines suivantes : kinésithérapie, orthophonie, ergothérapie, au soutien psychologique, à l'assistance sociale et diététique. Pour chaque patient, il réalise un bilan interdisciplinaire d'admission, un programme individualisé de rééducation précisant les objectifs et la durée prévisible du projet thérapeutique, et une réévaluation hebdomadaire interdisciplinaire. Le service dispose d'un accès direct à une unité hospitalière de diagnostic, de traitement et de soins médicaux prenant en charge des patients présentant un état de douleurs chroniques, par une approche multidisciplinaire incluant les aspects somatiques, psychologiques et sociaux. Cette unité dispose de compétences médicales en algologie et en anesthésie et a recours à des compétences en psychologie, en kinésithérapie, en relaxation et en éducation thérapeutique. Elle offre une consultation spécialisée accessible aux patients ambulatoires au moins trois demi-journées par semaine, tient des réunions de concertation interdisciplinaires régulières et travaille en réseau avec les médecins et structures de soins extrahospitaliers. En l'absence d'un accès direct à une telle unité, une convention est établie avec un établissement hospitalier disposant d'une telle unité, précisant les modalités de la prise en charge coordonnée des patients.
Rééducation gériatrique # service max : 4 # lits min/service : 30 # lits max nationaux : 310	Un service assurant la récupération optimale des performances fonctionnelles, de la meilleure autonomie et qualité de vie de la personne fragile d'âge gériatrique, tenant compte de ses spécificités médicales, cognitives, psychiques, sociales, nutritionnelles et culturelles, en vue du retour ou maintien dans le milieu de vie du patient à la suite d'un événement de santé. Le service de rééducation gériatrique travaille en lien fonctionnel avec un service de gériatrie aiguë ou de médecine interne de l'établissement ou dispose d'une convention avec au moins un service de gériatrie aiguë d'un autre établissement, précisant les critères et les modalités de transfert des patients. En outre, il dispose de liens fonctionnels avec le secteur extrahospitalier ; il met à la disposition du public les critères d'admission, de début et de fin de prise en charge des patients, ainsi que l'offre de soins disponible, qui doit couvrir quotidiennement au moins 2 des disciplines suivantes : kinésithérapie, orthophonie, ergothérapie, au soutien psychologique, à l'assistance sociale et diététique. Pour chaque patient, il réalise un bilan interdisciplinaire d'admission, un programme individualisé de rééducation précisant les objectifs et la durée prévisible du projet thérapeutique et une réévaluation hebdomadaire interdisciplinaire.

	Un service de rééducation gériatrique peut disposer d'un hôpital de jour accueillant des patients ambulatoires pour rééducation gériatrique. Un service de rééducation gériatrique peut héberger une unité de rééducation neurologique et orthopédique, en l'absence de service dédié à ce type de rééducation sur le territoire.
Réhabilitation physique Service national # lits min/service : 30 # lits max nationaux : 40	Un service assurant la récupération optimale des performances fonctionnelles, de la meilleure autonomie et qualité de vie de la personne présentant un état général affaibli suite à une pathologie médicale ou chirurgicale aiguë, ou suite à une aggravation récente d'une affection chronique. La prise en charge tient compte des spécificités médicales, cognitives, psychiques, sociales, nutritionnelles et culturelles de la personne ; elle met en œuvre, après un bilan et l'établissement d'un plan de traitement en vue du retour ou maintien dans le milieu de vie du patient, des actes de réentraînement à l'effort, d'ergothérapie, de soutien psychologique et à l'éducation thérapeutique. Le service de réhabilitation physique dispose d'une convention avec au moins un service de médecine interne et un service de chirurgie d'un autre établissement, précisant les critères et les modalités de transfert des patients. En outre, il dispose de liens fonctionnels avec le secteur extrahospitalier ; il met à la disposition du public les critères d'admission, de début et de fin de prise en charge des patients, ainsi que l'offre de soins disponible, qui doit couvrir quotidiennement au moins deux des disciplines suivantes : kinésithérapie, ergothérapie, soutien psychologique, assistance sociale et diététique. Pour chaque patient, il réalise un bilan interdisciplinaire d'admission, un programme individualisé de rééducation précisant les objectifs et la durée prévisible du projet thérapeutique et une réévaluation hebdomadaire interdisciplinaire.
Réhabilitation post-oncologique Service national # lits min/service : 20 # lits max nationaux : 30	Un service assurant la récupération optimale des performances fonctionnelles, de la meilleure autonomie et qualité de vie de la personne présentant un déficit fonctionnel, en vue du retour ou maintien dans le milieu de vie du patient à la suite d'une affection oncologique ou d'un événement de santé lié à une telle affection. Le service de réhabilitation post-oncologique travaille en lien fonctionnel avec les services d'oncologie ou, selon la spécificité d'organe concerné, avec d'autres services hospitaliers ayant une activité d'oncologie, avec lesquels il dispose d'une convention, précisant les critères et les modalités de transfert des patients. En outre, il dispose de liens fonctionnels avec le secteur extrahospitalier ; il met à la disposition du public les critères d'admission, de début et de fin de prise en charge des patients, ainsi que l'offre de soins disponible, qui doit couvrir quotidiennement au moins deux des disciplines suivantes : kinésithérapie, orthophonie, ergothérapie, au soutien psychologique, à l'assistance sociale et diététique. Pour chaque patient, il réalise un bilan interdisciplinaire d'admission, un programme individualisé de rééducation précisant les objectifs et la durée prévisible du projet thérapeutique, et une réévaluation hebdomadaire interdisciplinaire.
Réhabilitation psychiatrique Service national # lits min/service : 30	Un service assurant la récupération optimale des performances fonctionnelles, la meilleure autonomie et qualité de vie des personnes atteintes de troubles mentaux ou de problèmes liés à l'abus de substances dans une approche pluridisciplinaire. Le service de réhabilitation psychiatrique travaille en lien fonctionnel avec les services de psychiatrie du pays. L'établissement public établit une convention avec les centres hospitaliers, précisant les critères et les modalités de transfert des patients. L'offre de soins disponible doit couvrir les besoins psychiques, sociaux, éducatifs et thérapeutiques de la population ciblée. En outre, le service dispose de liens

# lits max nationaux : ~~180~~240	fonctionnels avec le secteur extrahospitalier. Pour chaque patient, il réalise un bilan interdisciplinaire d'admission, un programme individualisé de rééducation et une réévaluation hebdomadaire interdisciplinaire. Le service comprend une unité de psychiatrie socio-judiciaire implantée sur le site du Centre pénitentiaire de Luxembourg.
Soins palliatifs 5 services # lits min/service : 6 # lits max nationaux : ~~60~~70	Un service destiné à des patients souffrant d'une affection grave et incurable en phase avancée ou terminale et dispensant des soins actifs, continus et coordonnés, pratiqués par une équipe pluridisciplinaire dans le respect de la personne soignée, visant à couvrir l'ensemble des besoins physiques, psychiques et spirituels de la personne soignée et de son entourage et comportant le traitement de la douleur et de la souffrance psychique. Le personnel médical et soignant du service atteste d'une formation spécifique en soins palliatifs et en accompagnement de patients en fin de vie, conformément aux dispositions prises sur base de l'article 1er, alinéa 4 de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie. Le service a recours aux soins de kinésithérapie, au soutien psychologique et à l'assistance sociale, et dispose de liens fonctionnels étroits avec des services médicaux et chirurgicaux hospitaliers, ainsi qu'avec les prestataires d'aide et de soins extrahospitaliers, qui précisent les critères et les modalités de transfert des patients. Le service garantit le respect de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, ainsi que la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient.

C. Services d'hospitalisation de longue durée (lits d'hospitalisation de longue durée)

Hospitalisation de longue durée médicale Service national # lits min/ service : ~~20~~8 # lits max nationaux : 20	Un service de surveillance médicale, de soins particuliers et continus et de traitements d'entretien de longue durée destinés aux patients souffrant de restrictions fonctionnelles prolongées ou permanentes de nature neurologique ou musculo-squelettique, pour lesquels une amélioration ne peut être atteinte à moyen terme par une prise en charge en rééducation ou en réhabilitation. Le service dispose de compétences médicales et professionnelles adaptées à la prise en charge et aux soins de patients en état pauci-relationnel ou affectés de déficiences neurologiques ou sensori-motrices graves.
Hospitalisation de longue durée psychiatrique Service national # lits min/ service : 67 # lits max nationaux : ~~67~~140	Un service de surveillance médicale, de soins particuliers et continus et de traitements d'entretien de longue durée destinés aux patients souffrant de restrictions fonctionnelles prolongées ou permanentes relevant de troubles de la santé mentale, pour lesquels une amélioration ne peut être atteinte à moyen terme par une prise en charge en rééducation ou en réhabilitation. Le service dispose de compétences médicales et professionnelles et d'un environnement adaptés~~.~~ à la prise en charge et aux soins de patients souffrant de troubles de la santé mentale graves et prolongés.

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

Dialyse 4 services # lits min/service : 0 # lits max nationaux : 0	Un service de soins ambulatoires dispensant la pratique de l'épuration extra-rénale aux patients âgés de plus de 8 ans atteints d'insuffisance rénale, par hémodialyse périodique. Le service se situe au sein d'un établissement hospitalier et dispose de liens fonctionnels étroits avec un service de médecine interne, un service d'imagerie médicale et un service de soins intensifs situés sur le même site. Le centre hospitalier disposant d'un service de dialyse établit une convention avec le service de néphrologie, précisant les critères et les modalités de transfert des patients. Le service de dialyse est placé sous la responsabilité d'un médecin spécialiste en néphrologie et comporte au moins huit postes d'hémodialyse de traitement, chaque poste de traitement ne pouvant servir à plus de trois patients par 24h. Le service de dialyse peut dispenser, sous la responsabilité du médecin spécialiste en néphrologie, la formation du patient pour l'autodialyse ; dans ce cas, le service dispose d'un poste d'entraînement situé dans un local spécifique au sein du service. Au sein du service, on distingue : - L'unité d'hémodialyse médicalisée, accueillant des patients qui nécessitent une présence médicale non-continue pendant la séance de traitement. - L'unité d'autodialyse, accueillant des patients formés à l'hémodialyse et ne requérant pas une présence médicale pendant la séance de traitement. L'unité d'autodialyse simple accueille des patients en mesure d'assurer eux-mêmes tous les gestes nécessaires à leur traitement ; l'unité d'autodialyse assistée accueille des patients qui requièrent l'assistance d'un infirmier pour certains gestes. Le service peut également dispenser, sous la responsabilité du médecin spécialiste en néphrologie, la formation du patient et de la tierce personne aidant le patient pour la dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale. Le service veille à orienter les patients vers l'unité et la modalité de dialyse la mieux adaptée à leur situation ; le centre hospitalier ne disposant pas d'une unité d'autodialyse conclut une convention de coopération avec un service offrant cette modalité de traitement, dès que disponible, précisant les critères et les modalités de la prise en charge coordonnée des patients. La convention prévoit la mise à disposition, dans l'unité d'hémodialyse médicalisée, de postes de repli réservés à la prise en charge temporaire des patients autodialysés pour motif médical, technique ou social.
Imagerie médicale 4 services # lits min/service : 0 #lits max nationaux : 0	Un service de diagnostic, pouvant également héberger des prestations de traitement et de soins pour des patients stationnaires ou ambulatoires, disposant de compétences médicales et professionnelles spécialisées en radiodiagnostic ou en médecine nucléaire utilisant les techniques d'acquisition et de restitution d'images du corps humain, structurelles et fonctionnelles. Le service est composé d'un plateau technique comprenant des équipements fixes ou mobiles d'imagerie médicale telles que l'échographie, la radiologie conventionnelle digitalisée, la radiologie par tomographie computérisée (CT-scanner), la résonnance magnétique nucléaire et la médecine nucléaire, dans leurs applications diagnostiques et dans leurs applications thérapeutiques telles que la réalisation d'actes

	médicaux guidés par l'imagerie, à l'exception de la radiothérapie externe. Le service se soumet aux lois et règlements en vigueur en matière d'utilisation médicale des rayonnements ionisants et en matière d'imagerie par résonnance magnétique nucléaire et assure le contrôle qualité de l'imagerie médicale de l'établissement. En vue d'une utilisation appropriée des ressources d'imagerie médicale, le service applique les principes de la justification des examens, de l'optimisation des examens et des doses, et de la limitation des risques. Il enregistre son activité afin de répondre aux exigences du carnet radiologique du patient. Un service d'imagerie médicale peut héberger un équipement pour mesure de la densité osseuse selon le procédé DEXA (absorption biphotonique à rayons X).
Hospitalisation de jour # services : non défini # lits min/service : non défini # lits max nationaux : non défini	Un service, faisant l'objet de dispositions organisationnelles et fonctionnelles distinctes, où sont dispensées des prestations de soins programmées dont la durée n'excède pas douze heures et qui ne donnent pas lieu à une nuitée. Le service est exploité par le même gestionnaire que celui de l'établissement hospitalier sur le site duquel il se trouve, dont il utilise l'infrastructure et emploie le personnel médical et les professions de santé. Le service exerce ses activités en lien fonctionnel et organisationnel direct avec les services hospitaliers correspondants aux domaines d'activité médicale ou chirurgicale couverts, ainsi qu'avec les plateaux médicotechniques associés dans cette prise en charge. Le service dispose de procédures écrites concernant la sécurité, la qualité, la continuité des soins et le suivi de la prise en charge des patients qui y sont admis. Un service d'hospitalisation de jour peut accueillir des enfants et adolescents âgés de moins de 16 ans à condition que la disponibilité sur appel d'un médecin spécialiste en pédiatrie pendant toute la durée de la prise en charge des enfants et adolescents y soit garantie. On distingue : - Le service d'hospitalisation de jour chirurgical, prenant en charge des patients pour des interventions chirurgicales programmées, dans le cadre de procédures établies d'évaluation préopératoire, d'admission, de sortie, de continuité des soins et de prise en charge de la douleur, en lien fonctionnel et organisationnel direct avec le plateau technique chirurgical de l'établissement dont il dépend. Les modalités d'accès et de transfert des patients entre le service d'hospitalisation de jour chirurgical et le bloc opératoire font l'objet de procédures écrites. - Le service d'hospitalisation de jour non-chirurgical, prenant en charge des patients pour des actes diagnostiques et thérapeutiques non-chirurgicaux planifiés, dans le cadre de procédures établies d'admission, de sortie et de continuité des soins. Outre le service d'hospitalisation de jour médical, des services d'hospitalisation de jour couvrant les domaines spécifiques de la rééducation, de la psychiatrie et de la pédiatrie peuvent être autorisés.
Procréation médicalement assistée	Un service réalisant, dans le cadre de la médecine de la reproduction, des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, la conservation des ovocytes, des tissus germinaux et des embryons, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle.

Service national # lits min/service : 0 # lits max nationaux : 0	Le service de procréation médicalement assistée dispose d'un lien fonctionnel direct avec un ou des services d'obstétrique, établis ou non sur le même site. Ce service doit de plus satisfaire aux critères définis en matière de qualité de la prise en charge de la stérilité et assurer aux patients, soit sur le même site et en lien avec son service d'obstétrique, soit par une convention avec d'autres établissements de santé, l'accès au suivi des grossesses à haut risque et au soutien psychologique. Le service dispose d'une charte de bonnes pratiques en matière de procréation médicalement assistée, approuvée par le comité d'éthique national et accessible au public. Il se soumet à un audit externe annuel évaluant le respect des dispositions de cette charte pour l'ensemble de son activité.
Urgence 4 services # lits min/service : 0 # lits max nationaux : 0 (lits porte)	Un service tenu d'accueillir toute personne en situation d'urgence qui s'y présente spontanément ou qui lui est adressée. Il doit assurer la prise en charge diagnostique et thérapeutique, les soins, la surveillance et l'observation du patient, le cas échéant jusqu'à son orientation vers le service adéquat. Le service d'urgence travaille en lien étroit avec les services de secours et les maisons médicales et dispose d'un accès à un service d'imagerie médicale, aux services de médecine interne générale, de traumatologie, de chirurgie viscérale, de soins intensifs et anesthésie et de psychiatrie aiguë, ainsi qu'au plateau technique de chirurgie, établis sur le même site. Les critères et les modalités de transfert des patients vers le service de soins intensifs et anesthésie sont précisés et portés à la connaissance du personnel de l'établissement. L'organisation de l'orientation du patient vers une autre structure se fait selon des procédures préalablement définies et l'orientation vers un autre établissement fait l'objet d'une convention entre les établissements concernés. Lorsqu'elle n'a pas lieu dans un service d'urgence pédiatrique, la prise en charge des enfants dans un service d'urgence est organisée en collaboration avec une structure pédiatrique située ou non dans l'établissement ou avec les médecins spécialistes concernés, selon une filière d'accueil et de soins séparée. Lorsque l'activité le justifie, l'accueil des enfants est organisé dans des locaux individualisés de manière à permettre une prise en charge adaptée à leur âge et à leur état de santé. L'organisation est adaptée pour favoriser la présence des proches, et notamment des parents, auprès des enfants pris en charge.
Urgence pédiatrique service national # lits min/service : 0 # lits max nationaux : 0 (lits porte)	Un service tenu d'accueillir tout enfant ou adolescent âgé de 0 à 16 ans et, le cas échéant jusqu'à 18 ans en situation d'urgence qui s'y présente spontanément ou qui lui est adressé, et organisé de manière à permettre une prise en charge spécifique adaptée à leur âge et à leur état de santé 24h/24 et 7j/7. L'organisation du service favorise la présence des proches, notamment des parents de l'enfant ou de l'adolescent lors de sa prise en charge. Il doit assurer l'observation, les soins, la surveillance de l'enfant ou de l'adolescent et le cas échéant sa prise en charge diagnostique et thérapeutique jusqu'à son orientation vers la structure adéquate. L'orientation du patient vers une autre structure de prise en charge se fait selon des procédures préalablement définies ; l'orientation vers un autre établissement fait l'objet d'une convention entre les établissements concernés, précisant les modalités et les critères de transfert entre les deux établissements.

	Le service d'urgence pédiatrique travaille en lien étroit avec les services de secours et les maisons médicales et dispose d'un accès à un service d'imagerie médicale disposant de compétences pédiatriques, à un service de pédiatrie spécialisée, à un plateau technique de chirurgie pédiatrique et à un service de soins intensifs pédiatriques établis sur le même site. Les critères et les modalités de transfert des patients vers ces services sont précisés et portés à la connaissance du personnel de l'établissement.