

Dossier consolidé

Date de création : 17-07-2026

Projet de loi 8760

Projet de loi portant modification

1° du Code de la sécurité sociale ;

2° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Date de dépôt : 08-06-2026

Auteur(s) : Madame Martine Deprez, Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale

Liste des documents

Date	Description	Nom du document	Page
08-06-2026	Déposé	20260608_Depot	<u>3</u>
17-07-2026	Avis : Collège médical	20260717_Avis	<u>63</u>

20260608_Depot



Le Premier ministre,

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

Vu l'article 10 du Règlement interne du Gouvernement ;

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

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

Considérant la décision du Gouvernement en conseil du 3 juin 2026 approuvant sur proposition de la Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale le projet de loi ci-après ;

Arrête :

Art. 1^{er}. *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 1^o du Code de la sécurité sociale ; 2^o 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 juin 2026

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 vise à mettre en œuvre l'accord de coalition 2023-2028, et plus particulièrement le passage suivant :

« Le Gouvernement s'efforcera d'exploiter tout le potentiel des soins ambulatoires et d'accroître considérablement leur importance dans le système de santé. Il s'engage à ce que les patients bénéficient des progrès médicaux sur l'ensemble du territoire. Les avantages d'une prise en charge décentralisée sont évidents : les patients auront des trajets plus courts et les temps d'attente seront réduits. En plus, les hôpitaux seront déchargés et pourront se concentrer sur leur mission principale, à savoir la prise en charge des urgences graves et des pathologies complexes. »

La mise en œuvre de cette orientation politique s'inscrit dans une démarche progressive. Dans un premier temps, il a déjà été tenu compte de l'objectif consistant à exploiter le potentiel des soins ambulatoires et à accroître leur importance dans le système de santé dans le cadre du projet de loi portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 (document parlementaire n°8575), par le biais d'amendements gouvernementaux déposés le 24 octobre 2025. Ces amendements prévoient la création d'antennes supplémentaires dédiées aux soins ambulatoires pour certaines interventions légères en dermatologie et en ophtalmologie, telles que les opérations de la cataracte. Cette mesure permet, à court terme, de rapprocher les soins ambulatoires des patients grâce à des antennes hospitalières décentralisées et constitue une première étape vers une stratégie plus globale de développement des soins ambulatoires.

Dans ce contexte, le présent projet de loi a pour objet de modifier la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière afin d'adapter le cadre légal aux évolutions contemporaines du système de santé, caractérisées notamment par le développement croissant des prises en charge ambulatoires.

Le projet de loi procède à un élargissement du champ d'application de la loi hospitalière en y intégrant les structures ambulatoires de soins. Celles-ci sont définies comme des entités distinctes des établissements hospitaliers, exploitées notamment par des associations ou des sociétés de médecins, et ayant pour objet la dispensation de soins de santé ambulatoires dans divers domaines, notamment la dialyse, l'hospitalisation de jour non chirurgicale, l'oncologie, ainsi que pour des intentions légères en ophtalmologie, en dermatologie, en chirurgie pariétale et proctologique et en urologie.



L'introduction de ces structures s'accompagne de la mise en place d'un régime d'autorisation préalable destiné à garantir la qualité et la sécurité des soins. Ainsi, toute structure ambulatoire de soins est soumise à l'obtention d'une autorisation d'exploitation délivrée par le ministre compétent, sur la base d'un projet d'établissement et d'un dossier de conformité attestant du respect des normes applicables en matière d'infrastructure, d'équipement, d'organisation, de ressources humaines ainsi que de qualité et de sécurité des soins.

Dans un souci de continuité et de sécurité des soins, le projet de loi impose également la conclusion d'une convention entre la structure ambulatoire de soins et un centre hospitalier. Cette convention vise à encadrer les modalités d'orientation et de transfert des patients ainsi que l'accès aux ressources hospitalières, garantissant ainsi une articulation fonctionnelle entre la structure ambulatoire et le secteur hospitalier.

Le projet de loi prévoit en outre l'intégration des structures ambulatoires de soins dans la carte sanitaire nationale, instrument central de planification permettant de déterminer, en fonction des besoins de la population, la répartition et la capacité des services de santé. Cette intégration vise à assurer une vision globale de l'offre de soins et une allocation optimale des ressources disponibles.

Par ailleurs, de nombreuses dispositions de la loi hospitalière sont adaptées afin d'y inclure explicitement les structures ambulatoires de soins, notamment en matière d'autorisation, de contrôle, de financement, de gestion des plaintes et de droits des patients. Cette harmonisation permet d'assurer un niveau équivalent de qualité, de sécurité et de protection des patients dans l'ensemble du système de santé.

En matière de financement, le projet prévoit que les structures ambulatoires de soins puissent bénéficier d'une participation de l'État aux frais d'investissement ou aux frais de location des infrastructures, sous réserve de la détention d'une autorisation d'exploitation valable.

Enfin, les adaptations apportées au régime de contrôle et de sanction permettent d'assurer l'effectivité du dispositif, en étendant aux structures ambulatoires de soins les mécanismes existants en matière de mise en demeure, de fermeture et de sanctions en cas de non-respect des obligations légales.



En ce qui concerne les modifications apportées au Code de la sécurité sociale, celles-ci s'inscrivent dans la même logique d'accompagnement du développement des soins ambulatoires et d'intégration des structures ambulatoires de soins dans le système de santé. Elles visent à assurer la cohérence entre le cadre organisationnel prévu par la loi hospitalière et les règles de prise en charge financière applicables aux prestations de santé.

En outre, le projet de loi prévoit également la mise en place de nouveaux réseaux de compétences destinés à améliorer la prise en charge de pathologies complexes nécessitant une approche pluridisciplinaire et coordonnée. Ces réseaux visent notamment des affections telles que le long Covid, l'endométriose, encéphalomyélite myalgique, la ménopause avec risques de santé ou encore les troubles du neurodéveloppement chez l'enfant et le jeune. Compte tenu de la nature multifactorielle de ces pathologies et de la diversité des intervenants impliqués, la structuration en réseau permet de garantir la continuité des soins, et de renforcer la coordination entre les professionnels de santé ainsi d'assurer une répartition plus équitable de l'expertise spécialisée sur l'ensemble du territoire.

De surplus, le présent projet de loi permet de préciser que chaque centre hospitalier dispose des compétences nécessaires en infectiologie et en prévention et contrôle des infections, notamment par la désignation d'un médecin infectiologue, ce qui permet de mettre en œuvre l'accord de coalition 2023-2028.

En définitive, le présent projet de loi vise à moderniser et à compléter le cadre juridique applicable au système de santé luxembourgeois, en tenant compte des évolutions structurelles et des besoins émergents, tout en garantissant un niveau élevé de qualité, de sécurité et d'accessibilité des soins au bénéfice des patients



Projet de loi portant modification
1° du Code de la sécurité sociale ;
2° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la
planification hospitalière.

Nous Guillaume, 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. 1^{er}. Le Code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

1° L'article 60, alinéa 2 est modifié comme suit :

- a) le terme « ou » est remplacé par une virgule ;
- b) à la suite des termes « centre de diagnostic » sont insérés les termes « ou une structure ambulatoire de soins ».

2° À l'article 60*bis*, alinéa 1^{er}, les termes « toute structure ambulatoire de soins, » sont insérés entre les termes « tout établissement hospitalier, » et « tout réseau d'aides et de soins ».

Art. 2. La loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière est modifiée comme suit :

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

- a) au paragraphe 1^{er}, à la suite du point 4°, il est inséré un nouveau point 5° qui prend la teneur suivante : « 5. aux structures ambulatoires de soins. ».



- b) à la suite du paragraphe 2 il est inséré un nouveau paragraphe *2bis* qui prend la teneur suivante :

«(2bis) Les structures ambulatoires de soins ont pour mission d'assurer la réalisation de soins de santé ambulatoires. Ces soins sont limités aux activités relevant des services visés à l'article 4, paragraphe 2, points 2, 6 et 19 pour les interventions légères en ophtalmologie, en dermatologie, en chirurgie pariétale et proctologique et en urologie, ainsi qu'aux points 3 et 7 et au paragraphe 3, point 5. »

- c) au paragraphe 3, point 1, il est inséré le terme « hospitalier » à la suite du terme « établissement ».
- d) au paragraphe 3, points 4, 5 et 6, il est inséré le terme « hospitalier » à la suite des termes « tout établissement ».
- e) au paragraphe 3, il est inséré un point 7 qui prend la teneur suivante :

«7. « structure ambulatoire de soins », une structure distincte d'un établissement hospitalier, d'un site ou d'un site supplémentaire visé à l'article 4 , paragraphe 1^{er}, alinéa 3, exploité par une association ou une société de médecins au sens de la loi du XX.XX.XX portant création de sociétés et d'associations par des médecins, des médecins-dentistes, des psychothérapeutes ou des vétérinaires. »

- f) à la suite du paragraphe 4, il est inséré un nouveau paragraphe 5 libellé comme suit :

« (5) Seules les structures ambulatoires de soins ayant obtenu une autorisation d'exploitation conformément à l'article 7*bis* peuvent utiliser la dénomination « structure ambulatoire de soins ».

2° L'article 2, paragraphe 1^{er}, point 11°, les termes « d'un établissement hospitalier » sont insérés à la suite des termes « organisme gestionnaire ».

3° L'article 3 de la même loi est modifié comme suit :

- a) au paragraphe 1^{er}, point 1, les termes « ,en structure ambulatoire de soins » sont insérés à la suite des termes « établissements hospitaliers » ;



- b) au paragraphe 2, point 1, les termes « ainsi que de toutes les structures ambulatoires de soins » sont insérés à la suite des termes « de leur taux d'utilisation » ;
- c) au paragraphe 2, point 3, les termes « ainsi que les motifs de prise en charge dans les structures ambulatoires de soins » sont insérés à la suite des termes « un établissement hospitalier » ;
- d) au paragraphe 2, point 4, les termes « et desdites structures ambulatoires de soins » sont insérés à la suite des termes « desdits établissements » ;
- e) au paragraphe 2, point 9, première phrase les termes « et des structures ambulatoires de soins » sont insérés entre les termes « établissements hospitaliers » et « nationaux par des non-résidents » ;
- f) au paragraphe 2, alinéa 2, deuxième phrase les termes « et toutes les structures ambulatoires de soins » sont insérés à la suite des termes « Tous les établissements hospitaliers ».
- g) au paragraphe 2, alinéa 2, troisième phrase, la référence à l'article « 7bis, » est inséré entre les termes « aux articles 7, » et les termes « 9 et 11. » ;
- h) au paragraphe 3, première phrase, les termes « et structures ambulatoires de soins » sont insérés à la suite des termes « différents établissements hospitaliers » ;
- i) au paragraphe 3, il est inséré un nouveau point 6 qui prend la teneur suivante : « aux prestations des structures ambulatoires de soins. ».

4° L'article 4 de la même loi est modifié comme suit :

- a) au paragraphe 1^{er}, alinéa 3, le mot « trois » est remplacé par le mot « quatre » ;
- b) au paragraphe 1^{er}, alinéa 4, les termes « points 2 et 6 pour les interventions légères en ophtalmologie et en dermatologie, ainsi qu'aux points 3, 7 et 8 et au paragraphe 3, point 5 » sont remplacés par les termes « points 2, 6 et 19 pour les interventions légères en ophtalmologie, en dermatologie, en chirurgie pariétale et proctologique et en urologie, ainsi qu'aux points 3, 7 et 8 et au paragraphe 3, point 5 ».

5° À la suite de l'article 7 de la même loi, il est inséré un nouvel article « Art. 7bis », qui prend la teneur suivante :

« Art. 7bis.

- (1) L'exploitation d'une structure ambulatoire de soins est soumise à l'autorisation du ministre conformément à la procédure prévue aux paragraphes 2 à 4.



(2) La personne morale qui désire gérer et exploiter une telle structure, ci-après l'organisme gestionnaire, doit demander une autorisation d'exploitation auprès du ministre en lui soumettant un projet d'établissement d'une structure ambulatoire de soins. Le ministre prend sa décision après avoir reçu l'avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier.

(3) Le projet d'établissement comporte :

1. la dénomination de la structure ambulatoire de soins ;
2. la dénomination et la forme juridique de l'organisme gestionnaire ;
3. l'adresse exacte de la structure ambulatoire de soins ;
4. les objectifs et missions, précisant les prestations de soins de santé ambulatoires à autoriser ;
5. un dossier de conformité démontrant que la structure ambulatoire satisfait aux normes applicables en matière d'infrastructure, d'équipement, d'organisation, de ressources humaines ainsi qu'aux exigences de qualité et de sécurité des soins, visées au paragraphe 6 ;
6. la convention conclue avec un centre hospitalier, précisant les modalités de collaboration entre les parties, notamment en vue de garantir la continuité et la sécurité des soins, ainsi que l'organisation de l'orientation et du transfert des patients et l'accès aux ressources et aux plateaux techniques hospitaliers, et prévoyant que les médecins exerçant au sein de la structure ambulatoire de soins disposent d'un agrément auprès du centre hospitalier concerné ;

(4) Lorsque l'organisme gestionnaire qui exploite une structure ambulatoire de soins 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.

(5) L'autorisation d'exploitation délivrée par le ministre à une structure ambulatoire de soins reprendra les points 1. à 6. du paragraphe 3 retenus ou rectifiés par le ministre suite à l'examen du projet d'établissement.

(6) Des règlements grand-ducaux fixent, pour chaque domaine d'activité autorisable au sein des structures ambulatoires de soins, les normes à respecter en ce qui concerne leur organisation, leur fonctionnement, leur infrastructure, leurs équipements, leur personnel ainsi que les exigences en matière de qualité et de sécurité des soins, y compris les modalités et le contenu du dossier de conformité requis pour leur autorisation et leur



contrôle ainsi que, le cas échéant, la liste des activités et actes autorisés, leur classification et les conditions de leur réalisation, y compris en annexe.

(7) Une structure ambulatoire de soins ne peut bénéficier des subventions financières étatiques visées à l'article 15 qu'à condition de disposer d'une autorisation d'exploitation valable. »

6° L'article 11 de la même loi est modifié comme suit :

- a) au paragraphe 1^{er} les termes « , d'une structure ambulatoire de soins » sont inséré à la suite du terme « établissement hospitalier » ainsi que la référence à l'article « ,7bis » est inséré à la suite du chiffre « 7 » ;
- b) au paragraphe 2 les termes « ou d'une structure ambulatoire de soins » sont insérés à la suite du terme « établissement hospitalier » ;
- c) au paragraphe 3, il est inséré un nouveau point 3 à la suite du point 2 qui prend la teneur suivante :

« 3. pour la prorogation de l'autorisation d'exploitation d'une structure ambulatoire de soins, que la structure continue à respecter son projet d'établissement visé au paragraphe 3 de l'article 7bis et les prestations de soins de santé ambulatoires que la structure est autorisée à dispenser. »

- d) au paragraphe 4, il est inséré un nouveau point 3 à la suite du point 2 qui prend la teneur suivante :

« 3. l'autorisation d'exploitation d'une structure ambulatoire de soins ou sa prorogation si elle ne respecte plus son projet d'établissement, et le cas échéant les conditions fixées dans son autorisation d'exploitation ou si elle ne répond plus aux besoins sanitaires nationaux. »

- e) au paragraphe 5, première phrase, les termes « , d'une structure ambulatoire de soins » sont insérés à la suite du terme « établissement hospitalier » ainsi que les termes « ou la structure ambulatoire de soins » à la suite des termes « lequel l'établissement hospitalier » ;



- f) au paragraphe 5, dernière phrase, les termes « ou d'une structure ambulatoire de soins, » sont insérés à la suite des termes « d'un service hospitalier ».

7° L'article 12 de la même loi est modifié comme suit :

- a) au paragraphe 1^{er}, première phase du même article, les termes « hospitalier, un » sont insérés à la suite des termes « qu'un établissement » ainsi que les termes « ou une structure ambulatoire de soins » à la suite des termes « service hospitalier » ;
- b) au paragraphe 1^{er}, point 2 du même article, la référence à l'article « 7bis » est insérée entre le chiffre « 7 » et les mots « et 9 » ;
- c) au paragraphe 2 du même article, le terme « hospitalier » est inséré à la suite du terme « établissement » ainsi qu'à la suite du terme « service » ;
- d) au paragraphe 2 du même article, le terme « ou » est supprimé et remplacé par une virgule ;
- e) au paragraphe 2 du même article, les termes « ou de la structure ambulatoire de soins » sont insérés à la suite des termes « du service hospitalier » ;
- f) au paragraphe 3 du même article, le terme « ou » est supprimé et remplacé par une virgule ;
- g) au paragraphe 3 du même article, les termes « ou d'une structure ambulatoire de soins » sont insérés à la suite des termes « d'un service hospitalier ».

8° L'article 13 de la même loi est modifié comme suit :

- a) le mot « ou » est supprimé et remplacé par une virgule ;
- b) les termes « ou d'une structure ambulatoire de soins » sont insérés à la suite des termes « d'un service hospitalier ».

9° L'article 14 de la même loi est modifié comme suit :

- a) au paragraphe 1^{er} du même article, il est inséré un nouvel alinéa 3 à la suite de l'alinéa 2, qui prend la teneur suivante :

« Par dérogation, les équipements et appareils visés par l'alinéa 1^{er} et ne nécessitant pas une planification nationale peuvent être utilisés par les structures ambulatoires de soins en vue de la dispensation de prestations de soins de santé ambulatoires autorisées. »
- b) au paragraphe 2, les termes « ou toute structure ambulatoire de soins » sont insérés à la suite des termes « Tout établissement hospitalier » ;



- c) au paragraphe 2, le terme « hospitalier » est supprimé à la suite du terme « équipement » ;
- d) au paragraphe 3, les termes « ou des structures ambulatoires de soins » sont insérés à la suite des termes « Le choix des établissements hospitaliers » ;
- e) au paragraphe 3, les termes « et des prestations de soins ambulatoires » sont insérés à la suite des termes « de l'attribution des services hospitaliers » ;

10° L'article 15 de la même loi est modifié comme suit :

- a) à l'alinéa 1^{er} du même article, les termes « et des structures ambulatoires de soins » sont insérés à la suite des termes « des établissements hospitaliers » ;
- b) au point 2, point b), du même article, les termes « ou une structure ambulatoire de soins » sont insérés à la suite des termes « autres établissement hospitalier mentionné à l'article 6 » .

11° À l'article 17, paragraphe 1^{er} de la même loi, les termes « ou d'une structure ambulatoire de soins » sont insérés à la suite des termes « d'un établissement hospitalier ».

12° À l'article 18, paragraphe 6, le terme « établissement hospitalier » est remplacé par le terme « organisme gestionnaire » à deux reprises, dans la première phrase ainsi que dans la deuxième phrase du paragraphe.

13° À l'article 20, paragraphe 3, les termes « d'un établissement hospitalier » sont supprimés.

14° À l'article 20*bis*, les termes « aux articles 4, paragraphe 1^{er}, alinéa 4, et » sont remplacés par les termes « à l'article » et les termes « établissements hospitaliers » par les termes « prestataires de soins ».

15° À l'article 22, paragraphe 1^{er}, point 3, de la même loi, les termes « ou d'une structure ambulatoire de soins » sont insérés à la suite des termes « d'un établissement hospitalier » et les termes « à l'article 7 » sont remplacés par les termes « aux articles 7 et 7*bis* ».

16° L'article 23 de la même loi est modifié comme suit :

- a) au paragraphe 1^{er} du même article, les termes « ou de la structure ambulatoire de soins » sont insérés à la suite des termes « activités de l'établissement » ;
- b) au paragraphe 2 du même article, le mot « il » est remplacé par les termes « L'organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier ».

17° À l'article 24, paragraphe 1^{er} de la même loi, les termes « d'un établissement hospitalier » sont insérés à la suite des termes « L'organisme gestionnaire ».



18° L'article 25 de la même loi est modifié comme suit :

- a) à la suite du paragraphe 1^{er}, il est inséré un nouveau paragraphe 2 qui prend la teneur suivante :

« (2) Chaque centre hospitalier dispose des compétences nécessaires en infectiologie et en prévention et contrôle des infections, notamment par la désignation d'un médecin infectiologue. »

- b) l'ancien paragraphe 2 devient le paragraphe 3.

19° À la suite de l'article 28, paragraphe 2 de la même loi, les points 10, 11, 12 et 13 sont insérés et prennent la teneur suivante :

« 10. long Covid et encéphalomyélite myalgique (1) ;

11. endométriose (1) ;

12. ménopause avec risques de santé (1) ;

13. troubles du neurodéveloppement chez les enfants et les jeunes (1). »

20° L'article 37 de la même loi est modifié comme suit :

- a) au paragraphe 1^{er} du même article, les termes « et les structures ambulatoires de soins » sont insérés à la suite des termes « Pour les hôpitaux » ;
- b) au paragraphe 1^{er}, première phrase du même article, le mot « hospitalier » est supprimé à la suite du mot « patient » ;
- c) au paragraphe 1^{er}, troisième phrase du même article, le mot « hospitalier » est supprimé à la suite du mot « patient » et les termes « ou document médical équivalent » est inséré à la suite des termes « résumé clinique de sortie » ;
- d) au paragraphe 1^{er}, quatrième phrase du même article, le mot « hospitalier » est supprimé à la suite du mot « patient » ;
- e) au paragraphe 2 du même article le mot « hospitalier » est supprimé à la suite du mot « patient » ;
- f) au paragraphe 3 du même article, les termes « ou de la structure ambulatoire de soins » sont insérés à la suite des termes « l'établissement hospitalier » ;



g) au paragraphe 4 du même article, les termes « ou l'organisme gestionnaire d'une structure ambulatoire de soins » sont insérés à la suite des termes « Le directeur général de l'établissement hospitalier ».

21° À l'article 39, paragraphe 1^{er} de de la même loi, les termes « ou dans une structure ambulatoire de soins » sont insérés à la suite des termes « dans un établissement hospitalier ».

22° L'article 40 de la même loi est modifié comme suit :

- a) au paragraphe 1^{er} du même article, les termes « ou dans chaque structure ambulatoire de soins » sont insérés à la suite « Dans chaque établissement hospitalier » ;
- b) au paragraphe 3 du même article, les termes « ou d'une structure ambulatoire de soins » sont insérés à la suite des termes « l'établissement hospitalier ».

23° L'article 41 de la même loi est modifié comme suit :

- a) au paragraphe 1^{er} du même article, les termes « ou d'une structure ambulatoire de soins » sont insérés à la suite des termes « d'une service hospitalier » ;
- b) au paragraphe 3 du même article, le mot « hospitalier » est supprimé à la suite du mot « patient » ;
- c) au paragraphe 4 du même article, les termes « hospitalier ou l'organisme gestionnaire de la structure ambulatoire de soins » sont insérés à la suite des termes « le directeur général de l'établissement ».

24° À l'article 42 de la même loi les termes « et dans toute structure ambulatoire de soins » sont insérés à la suite des termes « Dans chaque hôpital ».

25° À l'article 43 de la même loi les termes « et des structures ambulatoires de soins » sont insérés à la suite des termes « de services hospitaliers ».

26° L'article 45 de la même loi est modifié comme suit :

- a) au paragraphe 2 les termes « dernier paragraphe » sont remplacés par les termes « aux paragraphes 4 et 5 » ;
- b) au paragraphe 4 sont insérés les termes « ou à l'article 7bis, paragraphe 1^{er} », à la suite des termes « à l'article 7, paragraphe 1^{er} ».



Commentaire des articles

Article 1^{er}

L'article 1^{er} du présent projet de loi adapte le Code de la sécurité sociale en élargissant les prestataires de soins du secteur hospitalier aux structures ambulatoires de soins. Il assure également une cohérence juridique en les intégrant explicitement à l'article 60*bis* parmi les dépositaires de documents ou effets intéressant l'état de santé ou le traitement thérapeutique d'un assuré.

Article 2

L'article 2 du présent projet de loi apporte des modifications à loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière (ci-après « loi hospitalière »).

Point 1°

L'article 1^{er} de la loi hospitalière est adapté par le présent projet de loi afin d'élargir son champ d'application. Désormais, la loi s'appliquera également aux structures ambulatoires de soins.

La notion retenue est celle de « *structure ambulatoire de soins* », l'adjectif « *ambulatoire* » qualifie directement le type de structure, ce qui met en évidence qu'il s'agit de structures spécifiques dont les caractéristiques essentielles résident dans la prestation de soins de santé ambulatoires et dont la gérance et l'exploitation ne sont pas assurées par un gestionnaire d'un établissement hospitalier.

À cette fin, un nouveau point 5 est inséré au paragraphe 1^{er} afin de préciser explicitement que la loi est applicable à ces structures. Par ailleurs, un nouveau paragraphe 2*bis* est introduit pour définir leurs missions, consistant en la réalisation de certains soins de santé ambulatoires. Dès lors, les activités pouvant être réalisées dans ces structures ambulatoires de soins comprennent celles liées à la dialyse, à la chirurgie générale, digestive ou viscérale, ainsi qu'à l'hospitalisation de jour chirurgicale pour des interventions légères en ophtalmologie, dermatologie, chirurgie pariétale et proctologie, de même que l'hospitalisation de jour non chirurgicale, l'oncologie, et enfin l'urologie, y compris l'hospitalisation de jour chirurgicale pour des interventions légères.



Au niveau de l'article 1^{er} de la loi hospitalière, la terminologie est par ailleurs modifiée à plusieurs endroits afin de préciser qu'il s'agit d'un « établissement hospitalier ». Cette adaptation vise à renforcer la clarté en distinguant, d'une part, les établissements hospitaliers visés à l'article 1^{er}, paragraphe 1^{er}, points 1 à 4, et, d'autre part, les structures ambulatoires de soins nouvellement introduites. À cette fin, il est prévu de ne plus utiliser le seul terme générique d'« établissement », mais de viser explicitement les « établissements hospitaliers ».

Le législateur prévoit également l'insertion d'un nouveau point 7 au paragraphe 3 définissant la notion de « *structure ambulatoire de soins* », laquelle est entendue comme une structure distincte d'un établissement hospitalier et exploitée soit par une association de médecins, soit par une société de médecins au sens de la loi du XX.XX.XXXX portant création de sociétés et d'associations de médecins, de médecins-dentistes, de psychothérapeutes ou de vétérinaires (Dossier parlementaire n° 8685).

Enfin, un nouveau paragraphe 5 est inséré afin de préciser que seules les structures ambulatoires de soins ayant obtenu une autorisation d'exploitation peuvent utiliser la dénomination « structure ambulatoire de soins ».

Point 2°

Au point 11 de l'article 2 de la loi hospitalière, sont ajoutés les termes « *d'un établissement hospitalier* ». Cette adaptation terminologique permet de restreindre la notion de site aux seuls établissements hospitaliers. Par conséquent, une structure ambulatoire de soins ne constitue ni un site hospitalier ni un site supplémentaire et n'est pas exploitée par le gestionnaire d'un établissement hospitalier.

Point 3°

L'article 3 de la loi hospitalière définit la carte sanitaire comme l'instrument de planification qui détermine, en fonction des besoins de santé de la population, la répartition et la capacité des services et équipements hospitaliers autorisés au niveau national. Des modifications sont apportées au présent article afin d'y inclure les nouvelles structures ambulatoires de soins.

Ainsi, au point 1 du paragraphe 1^{er} de l'article 3, une référence aux structures ambulatoires de soins est introduite lorsqu'il s'agit de définir les besoins au niveau national. La même logique est retenue pour les modifications apportées au paragraphe 2 de l'article 3 : lorsqu'il est question d'établir un inventaire des établissements, des services, de leur niveau de qualité des prestations et de leur taux d'utilisation, il y a lieu de prendre également en compte ces éléments pour les structures ambulatoires de soins.



Au point 3 du paragraphe 2, il est en outre précisé que la carte sanitaire porte également sur les motifs de prise en charge dans les structures ambulatoires de soins. Les points 2, 6 et 9 sont également adaptés afin d'y intégrer des références à ces structures.

À l'alinéa 2 du paragraphe 2 de l'article 3, une référence aux structures ambulatoires de soins est également introduite en ce qui concerne l'obligation de fournir les renseignements nécessaires à l'élaboration de la carte sanitaire et à sa mise à jour biennale. À défaut, le ministre n'accorde pas ou, le cas échéant, ne proroge pas l'autorisation prévue au nouvel article 7*bis*.

Enfin, le paragraphe 3 de l'article 3 est adapté afin de préciser que le ministre doit recourir aux données dépersonnalisées provenant des administrations publiques, des établissements publics ou d'autres organismes luxembourgeois ou étrangers, ainsi que des établissements hospitaliers et des structures ambulatoires de soins. Ces données portent notamment sur les séjours hospitaliers, l'utilisation des lits et des équipements médicaux, l'utilisation des services d'urgence, les transferts vers l'étranger, les délais d'attente, ainsi que sur les prestations des structures ambulatoires de soins. Dans ce contexte, le présent projet de loi prévoit également l'insertion d'un nouveau point 6 au paragraphe 3 de l'article 3.

Point 4°

L'alinéa 3 de l'article 4 de la loi hospitalière est modifié afin de préciser que chaque centre hospitalier peut disposer d'un maximum de quatre sites hospitaliers. Cette adaptation du cadre légal s'inscrit dans le contexte de plusieurs projets en cours, qu'ils soient à caractère provisoire ou définitif, et vise à offrir une base juridique claire et sécurisée pour l'organisation territoriale des centres hospitaliers, tout en tenant compte des évolutions structurelles et des besoins futurs en matière de prise en charge hospitalière. L'augmentation du nombre maximal de sites hospitaliers de trois à quatre permet dès lors aux centres hospitaliers de déployer des activités ambulatoires en dehors des sites hospitaliers accueillant d'ores et déjà le nombre de lits à autoriser, par des projets de construction nouvelle ou de réaménagement ou de transformation de structures existantes visant à développer la prise en charge ambulatoire et tout en maintenant une organisation coordonnée et structurée des différents projets de constructions nouvelle et de modernisation.

En outre, l'alinéa 4 de l'article 5 de la loi hospitalière est modifié afin d'élargir la possibilité pour les sites supplémentaires de pratiquer également la chirurgie pariétale et proctologique, ainsi que des interventions légères en urologie, à l'image des activités des structures ambulatoires de soins, tel que prévu par l'insertion du nouveau paragraphe 2*bis* au paragraphe 2 de l'article 1^{er} de la loi hospitalière.



Point 5°

Le législateur se propose d'insérer un nouvel article 7*bis* dans la loi hospitalière afin d'encadrer l'exploitation des structures ambulatoires de soins par un régime d'autorisation et d'une autorisation d'exploitation préalable à délivrer par le ministre. Cette nouvelle disposition s'inscrit dans le cadre du développement du virage ambulatoire et de la nécessité de doter ces structures d'un cadre juridique spécifique, distinct de celui applicable aux établissements hospitaliers tout en garantissant un niveau élevé de qualité et de sécurité des soins.

Le paragraphe 1er pose le principe selon lequel toute structure ambulatoire de soins est soumise à une autorisation d'exploitation ministérielle. Le paragraphe 2 précise que pour toute demande d'autorisation d'exploitation, la procédure à suivre, en imposant à l'organisme gestionnaire doit soumettre un projet d'établissement. Le Ministre prend sa décision après avoir reçu l'avis du Collège médical et l'avis de la Commission permanente pour le secteur hospitalier (CPH).

Le paragraphe 3 définit le contenu du projet d'établissement. Celui-ci comprend notamment les éléments d'identification de la structure et de son gestionnaire, ainsi qu'une description des missions et des prestations de soins ambulatoires envisagées. Il introduit également l'obligation de constituer un dossier de conformité, destiné à démontrer le respect des normes applicables en matière d'infrastructure, d'équipement, d'organisation, de ressources humaines ainsi que de qualité et de sécurité des soins. Cette exigence constitue un élément essentiel du dispositif, en assurant un contrôle préalable structuré de la conformité des structures aux exigences réglementaires.

En outre, le paragraphe 3 impose la conclusion d'une convention avec un centre hospitalier, destinée à garantir la continuité et la sécurité des soins. Cette convention encadre notamment les modalités d'orientation et de transfert des patients, ainsi que l'accès aux ressources et aux plateaux techniques hospitaliers. Elle prévoit par ailleurs que les médecins exerçant au sein de la structure ambulatoire de soins doivent disposer d'un agrément auprès du centre hospitalier concerné, renforçant ainsi l'intégration fonctionnelle entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier.

Le paragraphe 4 organise le régime applicable aux modifications du projet d'établissement, en soumettant celles-ci à l'approbation du ministre selon la même procédure que celle applicable à la demande initiale. Le paragraphe 5 précise que l'autorisation d'exploitation reprend les éléments essentiels du projet d'établissement tels que retenus ou adaptés par le ministre, conférant à ces éléments une valeur contraignante.



Le paragraphe 6 habilite le Grand-Duc à fixer, par règlement grand-ducal, les normes applicables aux structures ambulatoires de soins, notamment en matière d'organisation, de fonctionnement, d'infrastructure, d'équipement, de personnel et de qualité et de sécurité des soins, y compris les modalités relatives au dossier de conformité. Cette disposition assure la base légale nécessaire pour l'adoption du règlement grand-ducal.

Enfin, le paragraphe 7 subordonne l'octroi de subventions financières étatiques à la détention d'une autorisation d'exploitation valable, renforçant ainsi l'effectivité du dispositif mis en place.

Point 6°

Pour des raisons de parallélisme avec le régime d'autorisation applicable aux établissements hospitaliers, l'article 11 de la loi hospitalière est modifié afin d'y intégrer également une référence aux structures ambulatoires de soins ainsi qu'au nouvel article 7bis. Ainsi, la première autorisation d'exploitation, qu'elle concerne un établissement hospitalier ou une structure ambulatoire de soins, est accordée pour une durée maximale de cinq ans. Il en va de même en ce qui concerne la prorogation de cette autorisation, que ce soit un établissement hospitalier ou une structure ambulatoire de soins. En outre, un nouveau point 3 est inséré au paragraphe 3 de l'article 11 afin de préciser que la structure ambulatoire de soins doit continuer à respecter son projet d'établissement, notamment son dossier de conformité ainsi que la convention conclue avec un centre hospitalier. À cet effet, elle est tenue de se conformer aux exigences prévues à l'article 7bis, paragraphe 3, ainsi qu'aux prestations de soins ambulatoires pour lesquelles elle a été autorisée.

De plus, au paragraphe 4 de l'article 11, il est inséré un nouveau point 3 qui prévoit que, 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 l'autorisation d'exploitation d'une structure ambulatoire de soins ou sa prorogation si celle-ci ne respecte plus son projet d'établissement, le cas échéant les conditions fixées dans son autorisation d'exploitation, ou si elle ne répond plus aux besoins sanitaires nationaux.

Ensuite, le paragraphe 5 de l'article 11 est également adapté afin d'y inclure une référence aux structures ambulatoires de soins. Ainsi, les règles en matière de non-prorogation de l'autorisation d'exploitation applicables aux établissements hospitaliers sont également étendues aux structures ambulatoires de soins. Dans la même logique, le paragraphe 6 de l'article 11 est modifié afin de prévoir qu'à l'expiration des délais visés au paragraphe 5, la structure ambulatoire de soins est tenue de cesser ses activités.



Point 7°

L'article 12 de la loi hospitalière est également adapté afin d'en garantir l'application aux structures ambulatoires de soins. Ainsi, au paragraphe 1^{er}, il est prévu que le ministre peut mettre en demeure une structure ambulatoire de soins lorsque celle-ci ne dispose pas d'une autorisation d'exploitation visée à l'article 7*bis*, contrevient aux dispositions de la présente loi ou ne répond plus aux besoins sanitaires déterminés conformément à l'article 3.

Ensuite, au paragraphe 2 de l'article 12, il est prévu que le ministre peut ordonner la fermeture d'une structure ambulatoire de soins, après avoir demandé l'avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier.

Enfin, au paragraphe 3 de l'article 12, il est précisé que la fermeture immédiate d'une structure ambulatoire de soins peut être décidée pour des raisons urgentes de santé publique, sur base d'un rapport du directeur de la santé.

Point 8°

L'article 13 de la loi hospitalière est modifié afin de garantir son application également aux structures ambulatoires de soins. Ainsi, lorsque l'organisme gestionnaire d'une telle structure cesse ses activités, il est tenu d'en aviser préalablement le ministre au moins un an à l'avance.

Point 9

L'article 14 de la loi hospitalière est adapté afin de permettre, par dérogation, l'utilisation par les structures ambulatoires de soins des équipements et appareils ne nécessitant pas de planification nationale, pour la dispensation des prestations de soins de santé ambulatoires autorisées. À cette fin, un troisième alinéa est inséré au paragraphe 1^{er}, tandis que les paragraphes 2 et 3 de l'article 14 sont également modifiés afin d'inclure les structures ambulatoires de soins et les prestations de soins ambulatoires.

Point 10°

L'article 15 de la loi hospitalière est adapté afin d'étendre son champ d'application aux structures ambulatoires de soins. Il est ainsi prévu que l'État prend en charge, à hauteur de 80 %, les frais d'investissement mobilier et immobilier de ces structures.



Point 11°

L'article 17 de la loi hospitalière est modifié afin d'en étendre le champ d'application aux structures ambulatoires de soins. Il est ainsi prévu que ces structures peuvent bénéficier de subventions, dans les conditions et selon la procédure prévue par le présent article.

Point 12°

L'article 18 de la loi hospitalière, relatif au Fonds pour le financement des infrastructures hospitalières, est modifié afin d'étendre son champ d'application aux structures ambulatoires de soins. Ainsi, au paragraphe 6 de l'article 18, le terme « *établissement hospitalier* » est remplacé par celui d'« *organisme gestionnaire* », permettant d'inclure les structures ambulatoires de soins dans le dispositif.

Point 13°

L'article 20 de la loi hospitalière est ensuite adapté, notamment par la suppression des termes « *d'un établissement hospitalier* » au paragraphe 3, afin de permettre également son application aux structures ambulatoires de soins. Ainsi, l'organisme gestionnaire d'une telle structure qui souhaite aliéner à titre onéreux, céder, échanger ou modifier un bien mobilier ou immobilier ayant fait l'objet d'une subvention est tenu d'en informer le ministre conformément à la procédure prévue à ce paragraphe 3 de l'article 20.

Point 14°

L'article 20*bis* de la loi hospitalière est ensuite adapté afin de garantir son application également aux structures ambulatoires de soins. La présente modification vise de même à ne plus limiter la participation aux frais de location des infrastructures aux seuls sites supplémentaires mais à tout site hospitalier.

Point 15°

Au paragraphe 1^{er}, point 3, de l'article 22 une référence aux structures ambulatoires de soins autorisées conformément à l'article 7*bis* est introduite, afin de permettre à la Commission permanente pour le secteur hospitalier (CPH) de se prononcer sur les demandes relatives à ces structures.



Point 16°

Au paragraphe 2 de l'article 23 de la loi hospitalière, il est précisé que l'organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier assume certaines fonctions, telles que l'engagement ou le licenciement du directeur général, ainsi que d'autres missions prévues par ce paragraphe. Il est expressément indiqué qu'il s'agit de l'organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier, afin d'exclure l'application de cette disposition aux organismes gestionnaires de structures ambulatoires de soins.

En revanche, le terme « *organisme gestionnaire* » utilisé au paragraphe 1^{er} est maintenu, dès lors qu'il vise de manière générale toute structure, y compris les structures ambulatoires de soins. En effet, l'organisme gestionnaire demeure à cet égard compétent pour arrêter la politique générale, définir les choix stratégiques et assurer la gestion globale des activités de la structure ambulatoire de soins.

Point 17°

L'article 24 de la loi hospitalière est modifié afin de préciser que l'organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier adopte un règlement général de l'hôpital, et ce afin d'éviter toute ambiguïté quant à l'application de cette obligation aux structures ambulatoires de soins

Point 18°

À titre de précision, le présent article s'applique également aux structures ambulatoires de soins, dans la mesure où la terminologie utilisée, à savoir celle d'« *organisme gestionnaire* », englobe tant les établissements hospitaliers que ces structures.

Par ailleurs, le présent article est modifié afin d'y insérer l'obligation pour chaque centre hospitalier de recruter un médecin infectiologue, chargé entre autres des missions liées à la prévention et au contrôle des infections.

Cette obligation s'inscrit dans le cadre des engagements pris dans l'accord de coalition. Il découle de l'accord de coalition que : « Le Gouvernement s'engagera à ce que chaque groupe hospitalier dispose de son propre infectiologue et de son propre spécialiste en prévention et contrôle des infections. »



Point 19°

Le législateur prévoit la possibilité de créer d'autres réseaux de compétences : long Covid, encéphalomyélite myalgique, endométriose, ménopause avec risques de santé, ainsi que troubles du neurodéveloppement chez l'enfant et le jeune.

Certaines de ces pathologies présentent une nature multifactorielle et nécessitent une prise en charge coordonnée impliquant différents professionnels de santé. Cette réalité justifie la mise en place d'une organisation structurée, garantissant la continuité et la qualité des soins.

S'agissant du long Covid, celui-ci se manifeste par des symptômes persistants, multisystémiques et hétérogènes, affectant durablement la qualité de vie tant des adultes que des enfants. Sa prise en charge requiert une approche pluridisciplinaire et coordonnée, ce qui justifie pleinement la structuration en réseau, d'autant plus qu'il existe déjà des parcours de soins multi-acteurs susceptibles d'être consolidés à l'échelle nationale.

De même, l'endométriose constitue une maladie chronique complexe nécessitant une prise en charge spécialisée et coordonnée. Aussi les recommandations du Conseil scientifique du domaine de la santé, afin de structurer un parcours de soins adapté, ont été publiées. La création d'un réseau de compétences s'inscrit dans cette dynamique et vise à garantir la cohérence de la prise en charge, le développement de l'expertise et un accès équitable aux soins sur l'ensemble du territoire.

S'agissant des troubles du neurodéveloppement (TND), ceux-ci regroupent un ensemble d'affections apparaissant au cours de l'enfance, caractérisées par des altérations significatives du développement des fonctions cognitives, du langage, des apprentissages et des interactions sociales. Conformément à la classification retenue notamment par le DSM-5, ils incluent en particulier le trouble du spectre de l'autisme (TSA), le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), le trouble développemental de la coordination (TCS) (anciennement désigné sous le terme de dyspraxie), ainsi que les troubles spécifiques des apprentissages, tels que la dyslexie, la dysorthographe et la dyscalculie.

Ces troubles présentent une origine multifactorielle, impliquant des facteurs génétiques, neurobiologiques et environnementaux, et s'inscrivent le plus souvent dans une évolution chronique nécessitant un accompagnement de long terme. Leur prise en charge repose sur un dépistage précoce, une évaluation pluridisciplinaire et la mise en œuvre d'interventions coordonnées, mobilisant à la fois des professionnels de santé (médecins spécialistes, psychologues, orthophonistes, ergothérapeutes), ainsi que des acteurs du secteur éducatif et social.



Dans ce contexte, la mise en place d'un réseau de compétences dédié aux troubles du neurodéveloppement permet de structurer les parcours de soins, d'éviter les ruptures dans la prise en charge et d'assurer une meilleure coordination entre les intervenants.

S'agissant en particulier de la ménopause, celle-ci se caractérise par des changements hormonaux susceptibles d'entraîner des répercussions parfois délétères, notamment sur les plans métabolique, osseux, cardiovasculaire, sexuel et psychologique, ce qui requiert une approche globale, individualisée et pluridisciplinaire.

Point 20°

Les modifications apportées à l'article 37 de la loi hospitalière visent à étendre son application aux structures ambulatoires de soins, afin d'assurer un cadre uniforme en matière de dossier patient. À cette fin, la terminologie est adaptée en remplaçant la notion de « *patient hospitalier* » par celle de « *patient* » et en tenant compte des spécificités de la prise en charge ambulatoire, notamment par la possibilité d'établir un document médical équivalent en lieu et place du résumé clinique de sortie.

Par ailleurs, les obligations en matière de gestion et de protection du dossier patient sont étendues à l'organisme gestionnaire des structures ambulatoires de soins. Ces adaptations permettent de garantir un niveau équivalent de qualité, de sécurité et de traçabilité des soins.

Point 21°

L'article 39 de la loi hospitalière est modifié afin d'étendre son application aux structures ambulatoires de soins, en particulier en matière d'information délivrée au patient sur ses droits, ses obligations ainsi que sur les modalités de traitement des plaintes et de recours à la médiation.

Point 22°

Les modifications apportées à l'article 40 de la loi hospitalière visent à étendre son application aux structures ambulatoires de soins, afin de garantir un traitement uniforme des suggestions, doléances et plaintes des patients. À cette fin, les références aux établissements hospitaliers sont adaptées pour inclure ces structures, et les compétences en matière de gestion des plaintes sont également étendues à leur organisme gestionnaire, assurant ainsi une protection équivalente des droits des patients dans l'ensemble du système de santé.



Point 23°

Les modifications apportées à l'article 41 de la loi hospitalière visent à étendre son application aux structures ambulatoires de soins, en prévoyant notamment que les plaintes relatives à leur fonctionnement puissent également être instruites par le directeur de la Santé, assurant ainsi un traitement uniforme des manquements au sein du système de santé et une protection équivalente des patients. Le terme « *patient hospitalier* » est également adapté afin de mentionner uniquement « patient ».

Point 24°

Les modifications apportées à l'article 42 de la loi hospitalière visent à étendre son application aux structures ambulatoires de soins, afin de garantir que celles-ci disposent également d'un règlement d'ordre intérieur assurant la sécurité des patients et des visiteurs, en tenant compte des spécificités propres aux prises en charge ambulatoires.

Point 25°

Les modifications apportées à l'article 43 de la loi hospitalière visent à préciser son application aux structures ambulatoires de soins, afin de garantir que l'identité et la qualification des prestataires de soins y soient également facilement accessibles aux patients, assurant ainsi transparence et sécurité dans la prise en charge.

Point 26°

Les modifications apportées à l'article 45 visent principalement à adapter le régime des sanctions afin de tenir compte de l'introduction des structures ambulatoires de soins. À cette fin, le paragraphe 4 est complété par une référence explicite à l'article 7bis, relatif à l'autorisation d'exploitation de ces structures.

Cette adaptation permet d'étendre les sanctions déjà prévues en cas d'exploitation sans autorisation aux structures ambulatoires de soins, assurant ainsi une cohérence du dispositif de contrôle et de répression.

Par ailleurs, le paragraphe 2 fait l'objet d'une modification rédactionnelle visant à clarifier la référence aux dispositions concernées, sans en modifier la portée.



Version consolidée par extrait

Version consolidée applicable au 01/01/2026 : Code de la Sécurité sociale

Chapitre V. - Relations avec les prestataires de soins

Art. 60. Les relations entre les prestataires de soins et l'assurance maladie sont réglées par les articles 74 à 79 ou les articles 61 à 73, suivant qu'il s'agit de prestations dispensées dans le secteur hospitalier ou en dehors de ce secteur.

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 **ou une structure ambulatoire de soins** au sens de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

Sans préjudice de l'article 64, alinéa 2, point 6), les actes et services des médecins et médecins-dentistes sont pris en charge conformément aux articles 61 à 73, même s'ils sont prestés dans le secteur hospitalier.

Les activités des médecins prises en charge moyennant le budget hospitalier ne donnent pas lieu à une rémunération suivant la nomenclature des actes.

Art. 60bis. Tout prestataire de soins de santé visé à l'article 61, tout établissement hospitalier, **toute structure ambulatoire de soins**, tout réseau d'aides et de soins visé à l'article 389, tout établissement d'aides et de soins visé aux articles 390 et 391, dépositaire d'un dossier de soins ou d'éléments d'un tel dossier, de données médicales sous forme de rapports médicaux, de résultats d'analyses, de comptes rendus d'investigations diagnostiques, d'ordonnances ou de prescriptions, d'imagerie médicale ou de tout document ou effet intéressant l'état de santé ou le traitement thérapeutique d'un assuré, doit en donner communication, sur sa demande, au médecin référent, à tout médecin désigné par l'assuré et au Contrôle médical de la sécurité sociale.

Au cas où le dépositaire ne saurait produire les pièces dont il est réputé être dépositaire dans le délai de quinze jours à partir de la requête écrite de l'assuré, celui-ci peut demander la restitution des frais qu'il peut justifier avoir exposés pour les prestations afférentes, ce sans préjudice du droit de la Caisse nationale de santé de récupérer les frais qu'elle a supportés.

Les dispositions organisant la documentation 3) des diagnostics, des prescriptions et des prestations effectuées relevant du secteur extrahospitalier peuvent être fixées par règlement grand-ducal.



Version consolidée applicable au 01/02/2026 : 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. 1^{er}.

(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 ;
- 5. aux structures ambulatoires de soins.**

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.

(2bis) Les structures ambulatoires de soins ont pour mission d'assurer la réalisation de soins de santé ambulatoires. Ces soins sont limités aux activités relevant des services visés à l'article 4, paragraphe 2, points 2, 6 et 19 pour les interventions légères en ophtalmologie, en dermatologie, en chirurgie pariétale et proctologique et en urologie, ainsi qu'aux points 3 et 7 et au paragraphe 3, point 5.



(3) Est considéré comme :

1. « hôpital », tout établissement **hospitalier** 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 **hospitalier** 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 **hospitalier** qui a pour mission de dispenser des cures thérapeutiques ;
6. « centre de diagnostic », tout établissement **hospitalier** 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 1^{er} de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales, à l'exclusion de tous les traitements et soins.
7. « **structure ambulatoire de soins** », une structure distincte d'un établissement hospitalier, d'un site ou d'un site supplémentaire visé à l'article 4 , paragraphe 1^{er}, alinéa 3, exploité par une association ou une société de médecins au sens de la loi du XX.XX.XX portant création de sociétés et d'associations par des médecins, des médecins-dentistes, des psychothérapeutes ou des vétérinaires.

(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.

(5) Seules les structures ambulatoires de soins ayant obtenu une autorisation d'exploitation conformément à l'article 7bis peuvent utiliser la dénomination « structure ambulatoire de soins ».

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 ;
 - 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 cytophérèse ;
 - 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 à la prise en charge de patients dans le cadre d'une crise sanitaire, d'une catastrophe, d'une crise internationale grave, 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 **d'un établissement hospitalier** 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.

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 1^{er}, point 10.

Art. 3.

(1) Le ministre procède à une évaluation des besoins sanitaires de la population résidente et non-résidente 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. Cette évaluation des besoins sanitaires nationaux a pour objectifs de :

1. définir les besoins au niveau national en établissements hospitaliers, **en structure ambulatoire de soins** 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 **ainsi que toutes les structures ambulatoires de soins** ;
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 **ainsi que les motifs de prise en charge dans les structures ambulatoires de soins** ;
4. le relevé des médecins agréés, de leur spécialité, des professions de santé et du personnel administratif et technique desdits établissements **et desdites structures ambulatoires de soins** ;



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 **et des structures ambulatoires de soins** nationaux par des non-résidents.

Tous les établissements hospitaliers **et toutes les structures ambulatoires de soins** 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, **7bis** 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 **et structures ambulatoires de soins** 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.
- 6. aux prestations des structures ambulatoires de soins.**

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~~ **quatre** sites hospitaliers et participe au service d'urgence sur un seul de ses sites.

Par dérogation à l'alinéa 3 et dans les limites visées à l'article 9, paragraphe 6, chaque centre hospitalier peut disposer de sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires dans le cadre des services visés au paragraphe 2, ~~points 2 et 6 pour les interventions légères en~~



~~ophtalmologie et en dermatologie, ainsi qu'aux points 3, 7 et 8 et au paragraphe 3, point 5~~ **points 2, 6 et 19 pour les interventions légères en ophtalmologie, en dermatologie, en chirurgie pariétale et proctologique et en urologie, ainsi qu'aux points 3, 7 et 8 et au paragraphe 3, point 5-** . 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 générale, digestive ou 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. Néonatalogie 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 néonatalogie 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, 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 1^{er}, 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.

Dans les hypothèses visées à l'alinéa 1^{er}, 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. 7bis.

(1) L'exploitation d'une structure ambulatoire de soins est soumise à l'autorisation du ministre conformément à la procédure prévue aux paragraphes 2 à 4.

(2) La personne morale qui désire gérer et exploiter une telle structure, ci-après l'organisme gestionnaire, doit demander une autorisation d'exploitation auprès du ministre en lui soumettant un projet d'établissement d'une structure ambulatoire de soins. Le ministre prend sa décision après avoir reçu l'avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier.

(3) Le projet d'établissement comporte :

- 1. la dénomination de la structure ambulatoire de soins ;**
- 2. la dénomination et la forme juridique de l'organisme gestionnaire ;**
- 3. l'adresse exacte de la structure ambulatoire de soins ;**
- 4. les objectifs et missions, précisant les prestations de soins de santé ambulatoires à autoriser ;**
- 5. un dossier de conformité démontrant que la structure ambulatoire satisfait aux normes applicables en matière d'infrastructure, d'équipement, d'organisation, de ressources humaines ainsi qu'aux exigences de qualité et de sécurité des soins, visées au paragraphe 6 ;**
- 6. la convention conclue avec un centre hospitalier, précisant les modalités de collaboration entre les parties, notamment en vue de garantir la continuité et la sécurité des soins, ainsi que l'organisation de l'orientation et du transfert des patients et l'accès aux ressources et aux plateaux techniques hospitaliers, et prévoyant que les médecins exerçant au sein de la structure ambulatoire de soins disposent d'un agrément auprès du centre hospitalier concerné ;**

(4) Lorsque l'organisme gestionnaire qui exploite une structure ambulatoire de soins 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.

(5) L'autorisation d'exploitation délivrée par le ministre à une structure ambulatoire de soins reprendra les points 1. à 6. du paragraphe 3 retenus ou rectifiés par le ministre suite à l'examen du projet d'établissement.



(6) Des règlements grand-ducaux fixent, pour chaque domaine d'activité autorisable au sein des structures ambulatoires de soins, les normes à respecter en ce qui concerne leur organisation, leur fonctionnement, leur infrastructure, leurs équipements, leur personnel ainsi que les exigences en matière de qualité et de sécurité des soins, y compris les modalités et le contenu du dossier de conformité requis pour leur autorisation et leur contrôle ainsi que, le cas échéant, la liste des activités et actes autorisés, leur classification et les conditions de leur réalisation, y compris en annexe.

(7) Une structure ambulatoire de soins ne peut bénéficier des subventions financières étatiques visées à l'article 15 qu'à condition de disposer d'une autorisation d'exploitation valable.

[...]

Art. 11.

(1) La première autorisation d'exploitation d'un établissement hospitalier, **d'une structure ambulatoire de soins** ou d'un service hospitalier, suite à la procédure prévue aux articles 7, **7bis** 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 **ou d'une structure ambulatoire de soins** 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 ;
3. **pour la prorogation de l'autorisation d'exploitation d'une structure ambulatoire de soins, que la structure continue à respecter son projet d'établissement visé au paragraphe 3 de l'article 7bis et les prestations de soins de santé ambulatoires que la structure est autorisée à dispenser.**



(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.
3. **l'autorisation d'exploitation d'une structure ambulatoire de soins ou sa prorogation si elle ne respecte plus son projet d'établissement, et le cas échéant les conditions fixées dans son autorisation d'exploitation ou si elle ne répond plus aux besoins sanitaires nationaux.**

(5) En cas de non-prorogation de l'autorisation d'exploitation d'un établissement hospitalier, **d'une structure ambulatoire de soins** ou d'un service hospitalier ou de fermeture d'un site hospitalier, le ministre fixe le délai endéans lequel l'établissement hospitalier, **ou la structure ambulatoire de soins** 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 **ou d'une structure ambulatoire de soins**, 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 **hospitalier, un ou service hospitalier ou une structure ambulatoire de soins** :

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 **7,7bis** 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 **hospitalier, ou du service hospitalier ou de la structure ambulatoire de soins** 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 **ou d'une structure ambulatoire de soins**. 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 **ou d'une structure ambulatoire de soins** 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, qui soit en raison de leur coût dépassant 250.000 euros HTVA valeur à neuf, 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. 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.

Ne sont pas visés par l'alinéa 1^{er}, les laboratoires d'analyses médicales au sens de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales.

Par dérogation, les équipements et appareils visés par l'alinéa 1^{er} et ne nécessitant pas une planification nationale peuvent être utilisés par les structures ambulatoires de soins en vue de la dispensation de prestations de soins de santé ambulatoires autorisées.

(2) Tout établissement hospitalier **ou toute structure ambulatoire de soins** ayant l'intention d'acquérir ou d'utiliser un appareil ou un équipement ~~hospitalier~~ mentionné au paragraphe 1^{er} 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 **ou des structures ambulatoires de soins** dans lesquels peuvent être installés les équipements prévus au paragraphe 1^{er} se fait en fonction d'une activité correspondante adéquate ainsi que de l'attribution des services hospitaliers **et des prestations de soins ambulatoires** 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 1^{er}.

(5) Un règlement grand-ducal peut déterminer les conditions d'accès et d'utilisation des appareils et équipements médicaux mentionnés au paragraphe 1^{er} 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 **et des structures ambulatoires de soins** 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 1^{er}, et soumis à planification nationale;
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 **ou une structure ambulatoire de soins** et dépasse un montant de 250.000 euros hors TVA.

[...]

Art. 17.

(1) En vue d'obtenir une subvention conformément aux dispositions qui précèdent, la direction d'un établissement hospitalier **ou d'une structure ambulatoire de soins** 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.

(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.

(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 1^{er}, 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~~ **organisme gestionnaire** 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'établissement hospitalier.

[...]

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 1^{er}.

(2) Sans préjudice des dispositions prévues au paragraphe 1^{er}, 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.

Art. 20bis.

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 1^{er}, alinéa 4, et à l'article 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~~ **prestataires de soins** sur base de l'article 78, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale.

[...]

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 **ou d'une structure ambulatoire de soins** conformément ~~à l'article 7~~ **aux articles 7 et 7bis** ;
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.

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 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 **ou de la structure ambulatoire de soins.**

(2) ~~L'~~**L'organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier** 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 **d'un établissement hospitalier** 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.

(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 1^{er} 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 événements indésirables, y inclus la prévention et le contrôle des infections nosocomiales.

(2) Chaque centre hospitalier dispose des compétences nécessaires en infectiologie et en prévention et contrôle des infections, notamment par la désignation d'un médecin infectiologue.

(23) 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 événements indésirables et un rapport biennal portant sur la culture de sécurité des soins dans l'établissement.

[...]

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 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).



10. **long Covid et encéphalomyélite myalgique (1) ;**
11. **endométriose (1) ;**
12. **ménopause avec risques de santé (1) ;**
13. **troubles du neurodéveloppement chez les enfants et les jeunes (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 ;
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. 37.

(1) Pour les hôpitaux **et les structures ambulatoires de soins** 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 **ou document médical équivalent** 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 **ou de la structure ambulatoire de soins**, 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 **ou l'organisme gestionnaire d'une structure ambulatoire des soins** 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. 39.

(1) Chaque patient reçoit, lors de son admission dans un établissement hospitalier **ou dans une structure ambulatoire de soins**, 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 **ou dans chaque structure ambulatoire de soins**, 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 **ou d'une structure ambulatoire de soins**, 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 **ou d'une structure ambulatoire de soins**.

(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 **hospitalier ou l'organisme gestionnaire de la structure ambulatoire de soins** et le ministre du résultat de son instruction.

Art. 42.

Dans chaque hôpital **et dans toute structure ambulatoire de soins**, 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 **et des structures ambulatoires de soins** doivent être facilement connaissables à tout moment par les patients avec lesquels ceux-ci sont en contact.

[...]

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~~ **aux paragraphes 4 et 5** de l'article 1^{er}.

(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.

(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 1^{er}, 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 1^{er} **ou à l'article 7bis, paragraphe 1^{er}.**

Ne sont pas visés par l'alinéa 1^{er}, les laboratoires d'analyses médicales au sens de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales.

[...]



Fiche financière

Le présent projet de loi vise à mettre en œuvre l'accord de coalition 2023-2028, en renforçant le développement des soins ambulatoires et en favorisant une prise en charge décentralisée des patients. Cette orientation stratégique doit permettre d'améliorer l'accessibilité aux soins, de réduire les délais d'attente et d'optimiser l'utilisation des capacités hospitalières.

Ainsi, le présent projet de loi prévoit la mise en place de structures ambulatoires de soins par des associations ou sociétés de médecins autorisées à exercer des activités ambulatoires spécifiques, dans les domaines suivants :

- de la dialyse ;
- de la chirurgie générale, digestive ou viscérale et de l'hospitalisation de jour chirurgicale pour des interventions légères :
 - en ophtalmologie ;
 - en dermatologie ;
 - en chirurgie pariétale ;
 - en proctologie ;
- de l'hospitalisation de jour non chirurgicale ;
- de l'oncologie ;
- de l'urologie et de l'hospitalisation de jour chirurgicale pour des interventions légères.

Sur base d'une planification, l'organisation et le financement des structures dédiées, aussi en ce qui concerne les infrastructures et les équipements, sont fixés dans le cadre de la présente modification de loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière et du Code de la sécurité sociale. Il en est de même pour le financement forfaitaire qui est élargie aux structures ambulatoires de soins.

Ainsi, le financement de l'investissement ou de la location des infrastructures est assuré par les pouvoirs publics. Le financement des coûts d'exploitation se fait sur base d'une approche forfaitaire tandis que les actes médicaux sont couverts par la nomenclature.



Pour la création de telles structures ambulatoires de soins pour les activités énumérées ci-dessus, l'estimation du besoin de financement se base sur les coûts de référence établis selon la méthode KFA, incluant les surfaces fonctionnelles et techniques suivants :

<i>Activités/Domaines</i>	<i>Base KFA KG 300 et 400</i>	<i>Coût m²</i>	<i>Coût total par m²</i>
Dialyse	KFA 6 + KGF	9 596 € + 3 011 €	12 608 €/m ²
Chirurgie générale, digestive ou viscérale pour des interventions légères	KFA 7/8 + KGF	18 596 € + 3 011 €	21 607 €/m ²
Hospitalisation de jour chirurgicale	KFA 6 + KGF	9 596 € + 3 011 €	12 608 €/m ²
Hospitalisation de jour non chirurgicale	KFA 6 + KGF	9 596 € + 3 011 €	12 608 €/m ²
Oncologie	KFA 6 + KGF	9 596 € + 3 011 €	12 608 €/m ²
Urologie pour des interventions légères	KFA 7/8 + KGF	18 596 € + 3 011 €	21 607 €/m ²

KFA : Kostenflächenart

KGF : Konstruktionsgrundfläche

Le coût unitaire par m² correspond à la valeur maximale calculée sur base du barème des prix de construction par type et fonctionnalité de surfaces suivant les lignes directrices du ministère de la Santé et de la Sécurité sociale.

Chaque projet de structure ambulatoire de soins est avisé individuellement par la Commission permanente pour le secteur hospitalier, qui évalue sa pertinence en termes de planification et de valorisation.

Hypothèse de valorisation :

- Méthode de valorisation : KFA, tenant compte de la mixité de types de surfaces fonctionnelles ;
- Coût au m² : basé sur le barème KFA, indexé à 1173,24 (indice des coûts de construction, octobre 2025) ;
- De salles d'intervention opératoires légères.



Les équipements et appareils médico-techniques sont à prévoir en complément dans la valorisation.

Actuellement la répartition du financement est de :

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

Dans le cadre du financement des frais de location de structures ambulatoires de soins sur base forfaitaire à négocier avec la CNS, la participation financière de l'Etat est déterminée en tenant compte du fait que l'amortissement fait partie du forfait par passage des coûts d'exploitation.

Le projet de loi prévoit également que chaque centre hospitalier dispose de compétences nécessaires en infectiologie, en prévention et contrôle des infections. À cet effet, le coût annuel estimé pour le recrutement d'un infectiologue s'élève à 350 000 €.

Finalement, le projet de loi prévoit la mise en place de nouveaux réseaux de compétences destinés à améliorer la prise en charge de pathologies nécessitant une approche pluridisciplinaire et coordonnée pour le long COVID et l'encéphalomyélite myalgique, l'endométriose, la ménopause avec risques de santé et pour les troubles du neurodéveloppement chez les enfants et les jeunes. Le coût de mise en place et de coordination est estimé à 410 000 € par réseau de compétence.



CHECK DE DURABILITÉ - NOHALTEGKEETSCHHECK



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
1° du Code de la sécurité sociale ;
2° de 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 développement 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 développement 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 3^{ème} 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 présent projet de loi n'aura aucun impact sur les conditions d'une population en bonne santé.

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**



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 1° du Code de la sécurité sociale ; 2° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.		
Ministre initiateur :	La Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale		
Auteur(s) :	Delphine Stoffel, Thomas Dominique, Michèle Marques		
Téléphone :	247 85667	Courriel :	delphine.stoffel@ms.etat.lu
Objectif du projet :	Modifier le Code de la sécurité sociale et la loi hospitalière afin d'y intégrer les structures ambulatoires de soins, et ainsi développer la prise en charge des soins ambulatoires et d'en encadrer le fonctionnement et le financement, de renforcer l'organisation de l'offre de soins, notamment par la création de réseaux de compétences supplémentaires.		
Autre(s) Ministère(s) / Organisme(s) / Commune (s) impliqué(e)(s) :			
Date :	21/05/2026		

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

1) Chambre(s) professionnelle(s) à saisir / saisi(e)s pour avis ¹:

- ☐ Chambre des fonctionnaires et employés publics
- ☒ Chambre des salariés
- ☒ Chambre des métiers
- ☐ Chambre de commerce
- ☐ Chambre d'agriculture

¹ Veuillez indiquer la/les Chambre(s) professionnelle(s) saisie(s) du projet sous rubrique suite à son approbation par le Conseil de gouvernement.

2) Autre(s) partie(s) prenante(s) (organismes divers, citoyens, ...) à saisir / saisi(e)s pour avis : ☒ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle / lesquelles :

Collège médical, Commission permanent pour le secteur hospitalier (CPH)

Remarques / Observations :

3) En cas de transposition de directives européennes, le principe « la directive, rien que la directive » est-il respecté ?

☐ Oui ☒ Non ☐ N.a. ²

Si non, pourquoi ?

4) Destinataires du projet :

- Entreprises / Professions libérales :
- Citoyens :
- Administrations :

☒ Oui ☐ Non

☐ Oui ☒ Non

☐ Oui ☒ Non

5) Le principe « Think small first » est-il respecté ?

(c.-à-d. des exemptions ou dérogations sont-elles prévues suivant la taille de l'entreprise et/ou son secteur d'activité ?)

☐ Oui ☐ Non ☒ N.a. ²

Remarques / Observations :

Professions libérales : médecins.

6) Le projet contribue-t-il à la simplification administrative, notamment en supprimant ou en simplifiant des régimes d'autorisation et de déclaration existants, en réduisant les délais de réponse de l'administration, en réduisant la charge administrative pour les destinataires ou en améliorant la qualité des procédures ou de la réglementation ?

☐ Oui ☒ Non

Remarques / Observations :



- 7) **Le projet en question contient-il des dispositions spécifiques concernant la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel ?** ☐ Oui ☐ Non ☒ N.a. ²

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

- 8) **Y a-t-il un besoin en formation du personnel de l'administration concernée ?** ☒ Oui ☐ Non ☐ N.a. ²

Si oui, lequel ?

Le personnel de la Direction de la santé

Remarques / Observations :

² N.a. : non applicable.

4. Digitalisation et données

- 9) **Y a-t-il une nécessité d'adapter un système informatique auprès de l'État (e-Government ou application back-office)** ☐ Oui ☒ Non

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

- 10) **Le projet tient-il compte du principe « digital by default » (priorisation de la voie numérique) ?** ☐ Oui ☒ Non

- 11) **Le projet crée-t-il une démarche administrative qui nécessite des informations ou des données à caractère personnel sur les administrés** ☐ Oui ☒ Non

Si oui, ces informations ou
données à caractère personnel
peuvent-elles être obtenues
auprès d'une ou plusieurs
administrations
conformément au principe
«Once only» ?

- 12) **Le projet envisage-t-il la création ou l'adaptation d'une banque de données ?** ☐ Oui ☒ Non

5. Égalité des chances (à remplir pour les projets de règlements grand-ducaux) ³

- 13) **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 mesure particulière qui vise l'un des genres.



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

Si oui, expliquez
de quelle manière :

14) Y a-t-il un impact financier différent sur les femmes et les hommes ? ☐ Oui ☐ Non ☒ N.a. ²

Si oui, expliquez
de quelle manière :

³ Pour les projets de loi, il convient de se référer au point 1 « Assurer une inclusion sociale et une éducation pour tous. » du Nohaltegkeetscheck.

6. Projets nécessitant une notification auprès de la Commission européenne

15) Directive « services » : Le projet introduit-il une exigence en matière d'établissement ou de prestation de services transfrontalière ? ☐ Oui ☐ Non ☒ N.a. ²

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

<https://mecg.gouvernement.lu/fr/domaines-activites/politique-europeenne/notifications-directive-services.html>

16) Directive « règles techniques » : Le projet introduit-il une exigence ou réglementation 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. ²

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

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

20260717_Avis

Luxembourg, le 15 juillet 2026

Madame Martine DEPREZ
Ministre de la Santé

L-2935 LUXEMBOURG

N. réf. : S261152/VB-ps (E260703)

Objet : sur le projet de loi n° 8760 portant modification :

- 1° du Code de la sécurité sociale ;
- 2° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Madame la Ministre,

Le Collège médical accuse réception de votre demande d'avis sous objet qui à titre liminaire suggère des observations de sa part quant à l'ambition générale du texte, et à la portée juridique et déontologique des dispositions qui trouveront à s'appliquer aux acteurs concernés

I. Observations générales

Après une première lecture du texte et de l'ambition affichée par les auteurs, le projet constitue clairement un virage ambulatoire, mais un virage ambulatoire « à la luxembourgeoise », c'est-à-dire fortement enfermé dans la planification sanitaire placée sous l'orbite et le joug des établissements hospitaliers.

Contrairement à d'autres pays où l'ambulatoire s'est développé par une décentralisation des hôpitaux, la volonté politique s'est tournée vers un modèle intermédiaire : les structures sont exploitées par des médecins, mais elles doivent être conventionnées avec un centre hospitalier et leurs médecins doivent disposer d'un agrément hospitalier.

Bien que le Collège médical puisse adhérer à minima (sous réserve des commentaires qu'il ne manquera pas de développer dans la suite du texte) à l'objectif affiché de développer l'offre de soins ambulatoires et par la même occasion favoriser une prise en charge adaptée aux progrès médicaux et technologiques permettant d'éviter certaines hospitalisations ou prises en charge stationnaires, il relève toutefois que le projet crée une nouvelle catégorie de prestataires de soins, distincte tant des établissements hospitaliers que des cabinets médicaux et maisons médicales actuellement existants.

Le Collège médical note aussi que le projet met l'accent sur des activités spécialisées spécifiques et manque la visibilité sur la structuration des soins dans leur globalité. En effet la réforme n'inclut pas les soins primaires tels que la médecine générale, la pédiatrie, la gynécologie, la psychiatrie ou la dentisterie, malgré qu'il s'agisse de spécialités médicales situées au premier échelon de la chaîne de soins pour les patients dans la médecine de ville. Cette perspective sectorielle suscite des questions relatives à la cohérence globale de l'évolution du système de santé ainsi qu'à la coordination future des différents modes d'exercice.

En tout état de cause, cette évolution nécessite un encadrement particulièrement rigoureux afin de garantir :

- L'indépendance professionnelle des médecins ;
- La qualité, la sécurité et la continuité des soins ;
- L'égalité de traitement entre les professionnels malgré la différence dans les modes d'exercice ;
- Une planification cohérente de l'offre de soins.

II. Observations particulières : portée juridique et déontologique des principales dispositions

Article 1 : Modification du Code de la sécurité sociale (Articles 60 et 60bis CSS) : le projet étend les « structures ambulatoires de soins » à la liste des prestataires pouvant dispenser des soins remboursés par l'assurance maladie.

Commentaire du Collège médical : Cette modification procède à une assimilation des structures ambulatoires de soins aux autres prestataires admis à dispenser des soins pris en charge par l'assurance maladie. Elle permet ainsi leur inclusion au système conventionnel, respectivement la mise en charge des soins à charge de l'assurance maladie pour les prestations relevant de leur champ d'activité autorisé.

Le Collège médical considère que cette modification est indispensable à la mise en œuvre effective du nouveau dispositif. En l'absence d'une reconnaissance par le Code de la sécurité sociale, les structures ambulatoires de soins ne disposeraient pas d'un modèle économique viable permettant d'assurer durablement leurs activités.

Cette intégration est aussi le signe d'une évolution de l'organisation du système de santé luxembourgeois dans la mesure où elle consacre l'apparition d'un nouveau prestataire situé à mi-chemin entre l'exercice libéral qu'on connaît et l'activité hospitalière.

Le Collège médical estime dès lors qu'une attention particulière devra être portée aux modalités conventionnelles. Dans ce contexte, le Collège médical note que le projet ne définit pas de manière suffisante le modèle économique des structures ambulatoires. Il serait notamment nécessaire d'éclaircir les liens contractuels et financiers avec la CNS, en indiquant si les structures elles-mêmes agiront en tant que contractantes ou si un centre hospitalier sera impliqué dans ce processus. Un tel éclaircissement aidera à garantir la transparence du mécanisme et l'indépendance véritable des structures ambulatoires.

En outre, les modalités conventionnelles devront garantir le respect du principe d'égalité de traitement entre les différents modes d'exercice professionnel et éviter l'apparition de distorsions susceptibles d'influencer artificiellement l'orientation de l'activité médicale.

À cet égard, il convient notamment de veiller à ce que les mécanismes de remboursement, les conditions tarifaires ainsi que les modalités administratives applicables aux structures ambulatoires de soins n'aboutissent pas à créer des avantages ou des désavantages injustifiés par rapport aux médecins exerçant en cabinet individuel, en cabinet de groupe ou au sein d'un établissement hospitalier.

Le Collège médical souligne également que l'intégration des structures ambulatoires dans le système conventionnel ne doit en aucun cas affecter l'indépendance professionnelle des médecins qui y exercent. Les considérations économiques ou organisationnelles propres à la structure ne sauraient interférer avec les choix diagnostiques et thérapeutiques relevant de la seule responsabilité et de la liberté thérapeutique du praticien.

Enfin, le Collège médical estime que le développement de ces nouvelles structures devra s'inscrire dans une logique de complémentarité avec les modes d'exercice existants et non dans une logique de substitution. L'objectif poursuivi doit rester celle de l'amélioration de l'accès aux soins et de la qualité des prises en charge, dans le respect des équilibres généraux du système de santé.

A cet effet, le Collège médical estime toutefois qu'il conviendrait de préciser clairement les modalités conventionnelles applicables aux médecins exerçant dans ces structures afin d'éviter toute insécurité juridique concernant :

- Les conditions de facturation ;
- Les responsabilités respectives du médecin et de la structure ;
- Les relations avec la CNS ;
- Les règles applicables en matière de permanence et de continuité des soins.

De plus, le Collège médical déplore que le projet ne prévoit aucune mesure destinée à alimenter de manière systématique le Dossier de Soins Partagé (DSP). Or, il est essentiel que la mise en place de nouvelles structures ambulatoires soit accompagnée d'un transfert automatique des résultats d'examens et des traitements effectués pour assurer la continuité des informations médicales entre les divers professionnels de santé impliqués dans le suivi du patient.

Article 2, point 1 : L'article 2, point 1, introduit dans la loi hospitalière une nouvelle catégorie d'établissement de soins, à savoir la « structure ambulatoire de soins » tout en insérant un paragraphe 2 bis pour définir les missions des dites structures, respectivement un nouvel article 7 bis

Commentaires de l'article 2 : La structure ambulatoire de soins est présentée comme une entité distincte d'un établissement hospitalier, d'un site hospitalier ou d'un site hospitalier supplémentaire. Son exploitation est réservée à une association ou à une société de médecins et son activité est soumise à une autorisation préalable du ministre compétent.

Le Collège médical considère que cette disposition ne se limite pas à créer un nouvel outil organisationnel, mais introduit un nouveau mode d'exercice de la médecine au sein du système de santé car, jusqu'à présent, l'exercice médical spécialisé s'organisait principalement autour de deux modèles : l'exercice libéral en cabinet individuel ou collectif et l'exercice au sein des établissements hospitaliers. Le projet crée désormais une forme intermédiaire permettant à des médecins de regrouper certaines activités spécialisées dans des structures dédiées, tout en restant en dehors du cadre hospitalier.

Le Collège médical accueille favorablement la volonté du législateur d'adapter le cadre juridique aux évolutions de la pratique médicale et au développement des prises en charge ambulatoires. Il relève toutefois que la création de cette nouvelle catégorie de prestataires soulève plusieurs questions qui mériteraient d'être clarifiées.

En effet, le projet prévoit que les structures soient exploitées par des sociétés ou associations de médecins. Cette approche présente l'avantage de préserver un ancrage médical dans la gouvernance des structures et d'éviter que celles-ci ne soient contrôlées par des acteurs extérieurs à la profession.

Le texte ne précise toutefois pas les modalités concrètes de la gouvernance.

Le Collège médical note également que le projet de loi sur l'exercice en société n'a pas encore été approuvé à ce jour. Cela génère une incertitude supplémentaire concernant le cadre légal qui réglera les structures de soins ambulatoires, alors qu'elles sont réservées à des associations ou entités médicales. Il serait préférable de préciser le lien entre ces deux réformes pour garantir une protection juridique adéquate.

Le Collège médical s'interroge notamment sur :

- Les conditions de détention du capital et des droits de vote ;
- Les modalités de prise de décision au sein de la structure ;
- Les garanties assurant un contrôle effectif par les médecins ;
- Les situations dans lesquelles certains médecins pourraient se trouver en position de dépendance à l'égard d'autres associés ou gestionnaires.

Une clarification de ces éléments contribuerait à renforcer la sécurité juridique du dispositif.

En outre le projet reste relativement discret quant à l'organisation de la responsabilité médicale au sein de ces nouvelles structures ; par conséquent, il conviendrait de préciser l'articulation entre :

- La responsabilité individuelle du médecin ayant réalisé l'acte ;
- La responsabilité du gestionnaire ;
- Les responsabilités liées à l'organisation des soins, à la qualité et à la sécurité des prestations.

Il pourrait également être opportun de prévoir la désignation d'un médecin responsable ou d'un directeur médical chargé de veiller au respect des exigences professionnelles, déontologiques applicables à la structure.

Par ailleurs, comme déjà prémentionné, le Collège médical attache une importance particulière à la préservation de l'indépendance professionnelle des médecins en général, en particulier à ceux exerçant au sein des structures ambulatoires de soins considérant que le développement de structures collectives de plus grande taille peut générer des contraintes organisationnelles ou économiques susceptibles d'influencer indirectement l'exercice professionnel.

Le Collège médical considère dès lors qu'il conviendrait de rappeler expressément que les décisions diagnostiques et thérapeutiques relèvent exclusivement de la responsabilité du médecin et ne peuvent être subordonnées à des objectifs financiers, de rentabilité ou de gestion.

Cette garantie apparaît d'autant plus importante que les structures ambulatoires seront appelées à exercer des activités techniques spécialisées et à gérer des équipements dont le coût peut être significatif.

Enfin, le Collège médical relève que les structures ambulatoires de soins occupent désormais une place nouvelle dans l'organisation du système de santé luxembourgeois et estime qu'il conviendra de veiller à ce que leur développement s'inscrive dans une logique de complémentarité avec les cabinets médicaux et les établissements hospitaliers, sans créer de déséquilibres susceptibles d'affecter l'accès aux soins, la continuité des prises en charge ou l'exercice des professions médicales.

Le Collège médical estime que le succès du dispositif dépendra largement de la clarté des règles de gouvernance et des garanties apportées à l'indépendance professionnelle des praticiens qui y exerceront. Néanmoins, une interrogation demeure quant à la nature juridique et professionnelle exacte de ces structures ?

Commentaire du point 4 de l'article 2 : Concernant l'insertion du paragraphe 2bis à l'article 1^{er} : ce texte précise les missions et champ d'activité des structures en précisant que ces dernières ont pour mission la réalisation de soins de santé ambulatoires limités à certaines activités spécialisées (ophtalmologie, dermatologie, chirurgie pariétale et proctologique, urologie, etc.). Pour le Collège médical, cette limitation traduit la volonté des auteurs du projet d'encadrer strictement ces structures afin d'éviter une substitution complète à l'activité hospitalière.

Plusieurs points mériteraient d'être précisés :

- La distinction entre actes « légers » et actes « nécessitant hospitalisation » ;
- Les critères médicaux de sélection des patients ;
- Les conditions de transfert vers un établissement hospitalier en cas de complication ;
- Les exigences en matière d'anesthésie, de réanimation et de gestion des urgences.

Le Collège médical estime que ces éléments devraient être définis de manière plus précise, idéalement par voie réglementaire, afin d'assurer une application homogène sur le territoire.

Commentaire du point 5 de l'article 2 concernant l'insertion de l'article 7bis : ce texte traite de la procédure d'autorisation d'exploitation des structures ambulatoires qui est soumise à une autorisation ministérielle, après avis du Collège médical et de la Commission permanente du secteur hospitalier.

D'emblée le Collège médical s'interroge sur le bienfondé de l'intervention de la Commission permanente du secteur hospitalier dans le processus d'autorisation des structures bien que le projet le définisse lui-même comme une entité séparée des établissements hospitaliers. Si cette consultation trouve son fondement dans le mécanisme de la législation hospitalière existante, il serait néanmoins judicieux de clarifier les motifs de cette démarche pour garantir la cohérence du dispositif.

Concernant le Collège médical, il est relevé que son rôle consultatif est essentiel dans l'appréciation des conditions d'exercice professionnel.

Toutefois, le texte ne précise pas :

- La portée juridique de son avis ;
- Les critères d'évaluation ;
- Les délais d'instruction ;
- Les suites données à un éventuel avis défavorable.

Une clarification de ces éléments serait souhaitable afin de renforcer la sécurité juridique et la transparence de la procédure.

De plus le même article prévoit en son point 5 la conclusion d'une convention avec un centre hospitalier en vue de garantir notamment la continuité des soins, l'accès aux plateaux techniques, la prise en charge des complications.

Si ces exigences répondent à un souci de sécurité, le Collège médical estime qu'elles appellent plusieurs considérations :

- La liberté de choix du partenaire hospitalier ;
- Les conditions de négociation de la convention ;
- Le risque de dépendance structurelle vis-à-vis d'un établissement hospitalier ;
- L'impact sur l'indépendance des structures ambulatoires.

Le Collège médical s'interroge aussi sur la nécessité pour chaque médecin exerçant dans une structure ambulatoire d'être titulaire d'un agrément hospitalier au sens classique du terme. Il pourrait être envisagé que la convention conclue entre la structure ambulatoire de soins, ou la société ou association qui l'exploite, et le centre hospitalier partenaire suffise à garantir la continuité des soins et l'accès aux plateaux techniques. À défaut, si l'agrément individuel devait être maintenue, cela pourrait conduire le centre hospitalier à influencer indirectement la composition de la structure en acceptant ou en refusant certains praticiens, ce qui compromettrait l'indépendance dans l'organisation de la structure.

Par ailleurs, le Collège médical relève que durant les débats en commission, il a été indiqué que les structures ambulatoires de soins pourraient relever de la convention collective d'application au secteur hospitalier.

Le Collège médical prend acte de cette orientation tout en constatant néanmoins que le projet de loi ne contient, dans la version de l'heure, aucune disposition permettant de déterminer le fondement juridique de cette application.

En effet, si le projet renvoie au règlement grand-ducal pour la détermination des normes relatives notamment aux ressources humaines, il ne prévoit aucune habilitation expresse permettant de fixer, par cette voie, le régime conventionnel applicable aux structures visées

Or, la détermination du champ d'application d'une convention collective relève, en principe, du régime du droit des relations collectives du travail et pas uniquement de la réglementation relative à l'organisation des établissements de soins.

Une absence de précision du cadre applicable est susceptible de créer une insécurité juridique tant pour les exploitants des structures ambulatoires que pour les professionnels appelés à y exercer.

Le Collège médical estime dès lors que les auteurs du projet devraient préciser le mécanisme juridique envisagé dans la mesure où l'intention est effectivement de rendre applicable la convention collective du secteur hospitalier aux structures ambulatoires de soins.

À défaut, il conviendrait, à tout le moins, que les travaux parlementaires ou l'exposé des motifs précisent sans ambiguïté l'instrument juridique retenu pour atteindre cet objectif.

Concernant le bienfondé ou non de l'application d'un cadre conventionnel aligné sur celui du secteur hospitalier, si au vu des activités que seront amenés lesdites structures à effectuer et compte tenu de leur financement par les fonds, il est aisé de plaider en faveur d'une orientation vers le modèle conventionnel, il n'en demeure pas moins qu'il convient d'avoir égard aux spécificités organisationnelles propres aux activités ambulatoires.

En effet bien que les structures ambulatoires seront amenées à réaliser les actes aujourd'hui réservés à l'hôpital, il n'en demeure pas moins qu'elles resteront des organisations de moindre taille dont les activités programmées, seront dépourvues des tensions propres aux urgences, aux hospitalisations ou à la permanence des soins comme peuvent l'être les établissements hospitaliers.

De ce point de vue les contraintes organisationnelles sont différentes et la question de l'application intégrale de la convention collective hospitalière mérite d'être posée., dans la mesure où la convention hospitalière actuelle a été négociée dans un environnement différent et leur transposition aux structures ambulatoires risquent d'engendrer des coûts de fonctionnement plus élevés.

Commentaire du point 5 de l'article 2 : Concernant l'agrément hospitalier des médecins, le paragraphe 3 du point 5 impose la conclusion d'une convention avec un centre hospitalier par les médecins exerçant dans la structure ambulatoire

D'après le Collège médical l'exigence d'une autorisation d'agrément à délivrer par un centre hospitalier n'est sur le plan juridique pas anodin, dans la mesure où elle entraîne dans ses effets une intervention directe d'un établissement hospitalier dans les conditions d'accès à l'exercice médical au sein d'une structure ambulatoire de soins, structure qui reste juridiquement distincte de l'hôpital.

Sur le principe, le Collège médical comprend que cette exigence vise à garantir une intégration fonctionnelle entre les structures ambulatoires et les centres hospitaliers partenaires, notamment pour des raisons déjà évoquées concernant la continuité des soins, la prise en charge des complications et l'accès aux plateaux techniques hospitaliers.

Toutefois, le dispositif impacte de manière conséquente l'organisation de l'exercice médical et les principes encadrant la liberté d'installation et d'exercice.

En premier lieu, cette exigence pourrait entraîner une forme de condition préalable d'accès à l'exercice dans les structures ambulatoires, dépendant non pas d'une autorité publique indépendante, mais de l'appréciation d'un établissement hospitalier partenaire, ce qui pourrait entraîner un mécanisme de sélection indirecte des praticiens, au gré des établissements concernés.

En deuxième lieu, il existe un risque que cet agrément devienne, en pratique, un instrument de régulation de l'accès aux structures ambulatoires, pouvant conduire à des disparités. En fonction des politiques internes des hôpitaux partenaires, l'accès à l'exercice pourrait être facilité dans certains cas et restreint dans d'autres, sans harmonisation suffisante.

En troisième lieu, cette dépendance à l'égard d'un établissement hospitalier pourrait soulever des questions quant à l'indépendance professionnelle des médecins. En effet, l'existence d'un agrément préalable ou continu pourrait être perçue comme susceptible d'influencer, directement ou indirectement, les conditions d'exercice au sein de la structure ambulatoire.

Au regard de ces éléments, le Collège médical estime qu'il serait indispensable de clarifier de manière précise le régime juridique de cet agrément.

Il conviendrait notamment de déterminer :

- S'il s'agit d'un acte purement organisationnel ou d'une décision individuelle affectant l'exercice professionnel ;
- Les critères objectifs sur lesquels repose la décision d'octroi ou de refus ;
- Les garanties d'impartialité et de transparence dans la procédure ;
- Les délais applicables à la prise de décision ;
- L'existence de voies de recours effectives en cas de refus ou de retrait ;
- Ainsi que les conséquences d'un refus sur l'accès à la structure ambulatoire concernée.

Le Collège médical estime en outre qu'une réflexion devrait être menée sur l'opportunité de confier une telle décision à une autorité hospitalière partenaire, ou de prévoir un mécanisme alternatif garantissant une plus grande neutralité dans l'accès à l'exercice.

Le Collège médical tient aussi à attirer l'attention des auteurs du projet sur les implications de l'exigence d'un agrément hospitalier pour les médecins exerçant au sein des structures ambulatoires de soins, au regard des dispositions de l'article 33(7) de la loi hospitalière et du contrat-type de collaboration qui en découle.

En effet, selon la loi existante, les médecins libéraux agréés à un établissement hospitalier exercent dans le cadre d'un contrat de collaboration qui impose, sauf dérogation pour raisons de santé dûment justifiées, la participation au service de garde et de disponibilité de l'établissement. Cette obligation constitue un élément structurant de l'intégration fonctionnelle du médecin au sein de l'hôpital.

Dès lors, si l'agrément exigé dans le cadre des structures ambulatoires de soins devait correspondre à un agrément au sens de l'article 33(7), il en résulterait que les médecins exerçant dans ces structures seraient susceptibles d'être tenus de participer au service de garde de l'établissement hospitalier partenaire.

Le Collège médical s'interroge sur les conséquences pratiques d'une telle obligation dans le contexte spécifique des structures ambulatoires. En effet, les médecins concernés peuvent ne pas exercer habituellement au sein du service hospitalier dans lequel ils seraient amenés à assurer des gardes. Cette situation pourrait entraîner des difficultés d'adaptation, une moindre familiarité avec l'organisation interne de l'établissement, ainsi qu'une désorientation opérationnelle lors des périodes de garde, ce qui pourrait ne pas être optimal, surtout en situation d'urgence vitale.

Une telle configuration pourrait, dans certaines circonstances, soulever des enjeux en matière de continuité et de sécurité des soins, notamment lorsque la prise en charge en garde requiert une connaissance fine des circuits internes, des procédures d'urgence et des équipes en place.

Le Collège médical estime dès lors qu'il serait opportun de clarifier expressément l'articulation entre l'agrément requis pour les structures ambulatoires de soins et le régime de l'article 33(7) de la loi hospitalière. À défaut, il conviendrait de déterminer si la participation au service de garde constitue une obligation automatique, une faculté organisée par convention, ou une modalité adaptable en fonction de l'activité réelle du médecin au sein de l'établissement.

Enfin, le Collège médical souligne que l'efficacité et la sécurité du service de garde reposent non seulement sur les compétences des praticiens, mais également sur leur intégration effective dans l'environnement hospitalier. À cet égard l'affectation de médecins, exerçant principalement en structures ambulatoires, à des services de garde hospitaliers pourrait nécessiter des mesures d'encadrement ou de familiarisation spécifiques afin de garantir une prise en charge optimale des patients.

Commentaire du point 7 de l'article 2 : Concernant le retrait et la prorogation de l'autorisation, il est prévu à l'article 7 bis que l'autorisation peut être retirée ou non renouvelée notamment si la structure ne respecte plus son projet d'établissement ou si elle ne répond plus aux besoins sanitaires nationaux.

Le Collège médical attire l'attention sur la notion de « besoins sanitaires nationaux », qui constitue une notion large et potentiellement évolutive.

Il serait souhaitable que des critères objectifs soient définis afin d'encadrer son application, notamment en cas de contentieux.

Concernant les points 7 à 8 de l'article 2, ces dispositions intègrent les structures ambulatoires dans les mécanismes de planification hospitalière et d'utilisation des équipements médicaux.

Le Collège médical note que les structures sont soumises à des règles de planification similaires aux hôpitaux mais que certaines flexibilités sont prévues pour l'usage d'équipements non soumis à planification.

Cependant, il conviendrait de veiller à :

- La cohérence globale entre planification hospitalière et ambulatoire ;
- L'absence de duplication inutile des équipements lourds ;
- La garantie d'un accès équitable aux technologies médicales.

Commentaire du point 10 de l'article 2 : Le projet ouvre la possibilité pour les structures ambulatoires de bénéficier de financements publics.

Le Collège médical considère que cette évolution est logique dès lors que ces structures participent à la mission de service public de santé.

Il insiste néanmoins sur la nécessité :

- De critères transparents d'attribution ;
- D'une égalité de traitement entre acteurs ;
- D'un contrôle de l'utilisation des fonds publics.

Commentaires du point 18 : Le projet de loi impose que chaque centre hospitalier dispose d'un médecin infectiologue, chargé de la prévention et du contrôle des infections.

Bien que cette disposition vise directement les établissements hospitaliers, elle s'inscrit indirectement dans le dispositif des structures ambulatoires de soins. Celles-ci étant obligatoirement liées à un centre hospitalier par une convention, elles devront s'articuler avec les compétences hospitalières en cas de complication, notamment infectieuse.

Ainsi, le système repose sur une répartition fonctionnelle : les structures ambulatoires réalisent les actes programmés, les hôpitaux assurent la prise en charge des complications et la supervision des risques, et l'infectiologue garantit la cohérence des pratiques en matière de prévention des infections.

Toutefois, le projet ne précise pas de manière détaillée les obligations d'hygiène applicables aux structures ambulatoires ni les modalités formalisées de collaboration avec l'infectiologue, ces éléments étant largement renvoyés à des textes réglementaires futurs.

Le Collège médical estime que les exigences applicables aux futures structures ambulatoires devraient être définies avec précision, notamment en matière :

- D'hygiène ;
- De stérilisation ;
- De gestion des urgences ;
- De traçabilité ;
- De contrôle qualité.

En effet, le Collège médical juge qu'il serait préférable que certaines exigences de qualité et de sécurité soient spécifiquement inscrites dans la législation, plutôt que d'être renvoyées à des dispositions réglementaires. Cette réflexion pourrait notamment inclure les critères minimums relatifs aux installations, à l'observation post-opératoire, à la coordination médicale, à la gestion d'événements indésirables graves, ou encore aux conditions d'exécution des anesthésies.

Il recommande également la mise en place d'inspections régulières et de mécanismes d'évaluation.

Commentaires du point 20 de l'article 2 : La terminologie du dossier est adaptée en remplaçant la notion de « patient hospitalier » par celle de « patient » pour tenir compte des spécificités de la prise en charge ambulatoire, notamment par la possibilité d'établir un document médical équivalent en lieu et place du résumé clinique de sortie

Le projet gagnerait à préciser :

- Le responsable de la conservation des dossiers médicaux ;
- Les modalités de transfert des données en cas de cessation d'activité ;
- Les obligations de continuité des soins ;
- Les droits du patient quant à l'accès à son dossier.

Le Collège médical considère que cette disposition est essentielle pour garantir la qualité du système.

Conclusions :

Le projet de loi n° 8760 repose sur une logique d'équilibre vers l'ouverture de nouveaux espaces d'exercice médical plus souples et plus proches des besoins de la médecine moderne, tout en maintenant un encadrement restreint fondé sur la planification sanitaire, l'autorisation ministérielle et l'ancrage hospitalier obligatoire. Cette configuration traduit une volonté de maîtriser l'évolution du système plutôt que de la laisser se développer de manière autonome.

Le projet laisse cependant des questions essentielles sans réponse. La multiplication des liens fonctionnels avec les établissements hospitaliers, la centralité du mécanisme d'agrément, ainsi que les renvois importants à des normes organisationnelles et réglementaires futures.

Au cœur de cette réforme se pose aussi la question fondamentale de l'équilibre entre innovation organisationnelle et préservation des principes de l'exercice médical, en particulier l'indépendance professionnelle, l'égalité d'accès aux modes d'exercice et la sécurité juridique des praticiens.

Le succès du dispositif dépendra moins de la création des structures ambulatoires elles-mêmes que de la capacité du système à garantir une articulation claire, stable et lisible entre les différents niveaux de prise en charge. À défaut, le risque serait de substituer à un système dual — hôpital et médecine de ville — un ensemble plus complexe, dont la cohérence reposerait sur des équilibres fragiles.

Le Collège médical relève enfin que le projet renvoie de nombreuses questions pourtant essentielles à des règlements grand-ducaux futurs. Si une telle technique législative peut se justifier pour les aspects purement techniques, elle ne devrait pas conduire à reporter hors de la loi des éléments fondamentaux touchant aux conditions d'exercice, à la gouvernance, aux responsabilités ou encore aux garanties d'indépendance professionnelle.

Au vu des nombreuses incertitudes juridiques et organisationnelles ci avant relevées, le Collège médical n'est pas en mesure d'émettre, en l'état du texte, un avis favorable sur le projet de loi.

Le Collège médical vous prie d'agréer, Madame la Ministre, l'expression de sa parfaite considération.

Pour le Collège médical,



Le Secrétaire,
Dr David HECK



Le Président,
Dr Claude MOUSEL