

COMMISSION DES NORMES FHL – CNS

Secrétariat: 5, rue des Mérovingiens (Z.A. Bourmicht) L – 8070 Bertrange
Tél: 42 41 42 11 Fax: 42 41 42 81 sylvain.vitali@ehl.lu

S:\Com. NORMES\nouvelles normes 2013-2014\document budgétaire 2013_2014\Doc budgétaire 2013-2014 v 0.7_version validée CA EHL.doc

Document discuté et finalisé en Commission des Normes le 19/04/2012
Document validé par le CA de l'EHL le 24 avril 2012
Document validé par le CD de la CNS le 20 juin 2012

RAPPORT DE LA COMMISSION DES NORMES

**NORMES DEFINITIVEMENT
RETENUES PAR
L'EHL ET LA CNS**

**ANNEES BUDGETAIRES
2013 et 2014**

Pour la CNS:

**M. Paul Schmit
Président**

Pour la FHL:

**M. Paul Junck
Président**



sylvain.vitali@ehl.lu

En collaboration des cellules d'experts



CRP SANTÉ
CENTRE DE RECHERCHE PUBLIC
CENTRE D'ÉTUDES EN SANTÉ
marie-lise.lair@crp-santé.lu

SOMMAIRE

1.	Préambule	page 3
2.	Heures à travailler – modalités particulières	page 4
3.	Référentiel de calcul heures personnel étatique	page 6
4.	Référentiel de calcul heures personnel soignant USN et USI	page 7
5.	Référentiel de calcul heures personnel soignant médico-technique	page 8
6.	Référentiel de calcul heures personnel administratif	page 9
7.	Référentiel de calcul heures personnel logistique	page 10
8.	Normalisation des Infirmiers Auditeurs	page 11
9.	Normalisation des Cadres Intermédiaires	page 12
10.	Normalisation des conseillers stratégiques pour hôpitaux de plus de 300 lits	page 13
11.	Normalisation Formation Continue	page 14
12.	Normalisation Hygiène Hospitalière	page 16
13.	Normalisation Cellule Qualité	page 17
14.	Normalisation fonctions Staff de direction Hôpitaux de – 50 lits	page 18
15.	Normalisation de la fonctionnalité Transport Patient	page 20
16.	Normalisation des salles d'accouchement	page 21
17.	Normalisation des services de psychiatrie	page 22
18.	Normalisation de la fonctionnalité Assistance Sociale	page 23
19.	Normalisation fonctionnalité Pharmacie	page 24
20.	Normalisation de la fonctionnalité Diététique	page 27
21.	Normalisation de la fonctionnalité du Préposé à la Sécurité	page 27
22.	Normalisation de la fonctionnalité du Coordinateur des Constructions	page 28
23.	Normalisation personnel bloc op et anesthésie	page 29
24.	Normalisation du personnel salle de réveil	page 35
25.	Normalisation « policlinique endoscopique »	page 39
26.	Normalisation Dialyse	page 43
27.	Normalisation Chimiothérapie ambulatoire	page 45
28.	Normalisation de l'HJ en rééducation gériatrique	page 46
29.	Normalisation de l'équipe mobile d'assessment gériatrique	page 46
30.	Dotations pour Travailleur Handicapé	page 47
31.	Formulaire pour Travailleur Handicapé et travailleur à capacité réduite	page 48
32.	Formation continue personnel administratif et logistique	page 49
33.	Méthodologie de calcul des effectifs des USN et USI	page 49
34.	Dotations PRN des USN	page 52
35.	Fourchette PRN des USI	page 52
36.	Dotations des services administratifs	page 53
37.	Data-Manager RNC	page 54
38.	Normes de dotations Services Médico-Technique, Logistiques	page 55
39.	Normes applicables Labo, IM, Kiné, Policlinique, Ateliers/Jardin et Cuisine	page 56
40.	Normalisation de la représentation syndicale et Comité Mixte	page 57
41.	Normes à définir pendant la période 2013 et 2014	page 59
42.	Formulaire du personnel 2013 et 2014	page 60
43.	Formulaires de recensement laboratoires	page 61

PREAMBULE

En raison de la Réforme du Système de Santé prévue, les normes définies dans le présent document seront d'application pour les budgets 2013 et 2014.

La Commission des Normes, composée de représentants de la Caisse Nationale de Santé (des employeurs et des employés), et de représentants de l'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois, s'est réunie mensuellement pour développer des principes de normalisation à prendre en considération pour le budget 2013 et 2014.

Ce document synthétise l'ensemble des normes ayant trouvé un accord des représentants tant de la Caisse Nationale de Santé que de l'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois.

Afin d'être opérationnelles pour le budget 2013 et 2014, les normes présentées dans ce document ont été approuvées par les conseils d'administration de la CNS et de l'EHL.

L'application des normes du présent document pour les budgets 2013 et 2014 se fera en référence à la convention cadre CNS-EHL qui sera signée courant 2012. En effet le texte de cette convention cadre prévoit ce qui suit :

" Dans la 1re semaine suivant la fixation des taux d'évolution des enveloppes budgétaires globales, l'EHL et la CNS procèdent à une réunion de concertation en vue d'arrêter les principes devant gouverner les négociations individuelles.

En cas de désaccord entre l'EHL et la CNS sur les mesures appropriées pour garantir le respect des enveloppes budgétaires globales, la CNS saisit la commission des budgets avant le 15 octobre. La commission des budgets tranche définitivement avant le 1er novembre."

Si le taux d'évolution de l'enveloppe budgétaire globale ne permet pas de tenir compte des termes du présent document, il est retenu que des solutions seront négociées dans le cadre de cette réunion de concertation.

Toutes les normalisations retenues dans ce document peuvent donc être utilisées par les établissements hospitaliers pour leur préparation budgétaire 2013 et 2014.

En cas de croissance des calculs d'effectifs pour 2013 et 2014 par rapport aux dotations accordées en 2012, la répartition des effectifs se fera selon le principe des normes dites prioritaires, à savoir qu'une priorité sera donnée aux calculs d'effectifs prévisionnels du Bloc Opératoire (chirurgie et anesthésie), de la Salle de Réveil, de la Policlinique Endoscopique, de la Policlinique de Chimiothérapie Ambulatoire, de la Dialyse, de la Kinésithérapie, de l'Imagerie Médicale et des Services Policliniques, de la salle d'accouchement et des unités d'hospitalisation de soins normaux et de soins intensifs.

Les établissements hospitaliers seront invités à présenter lors de la négociation budgétaire, si cela s'avère nécessaire, un rééquilibrage interne des dotations vers les entités relevant d'une norme prioritaire.

HEURES A TRAVAILLER - Modalités particulières

1. Limites pour la déduction liée aux congés de maladie :
 - a. Le seuil maximum d'heures de maladie déductibles **par établissement** par groupe de professionnels sur base du total d'heures rémunérées (année N-2) est fixé à 5%. En cas de dépassement de ce seuil, application aux établissements pour le(s) groupe(s) de professionnels concernés de la valeur en heures de congé de maladie correspondant à ces 5%.
 - b. Le maximum déductible **national** par groupe de professionnels sera de 5% des heures calculées selon la formule suivante : (heures théoriques pour l'année de référence - déduction jours fériés légaux et jours fériés d'usage non-convertis en jours de congés conventionnels - déduction jours de congé de récréation légaux - déduction jours fériés légaux et fêtes d'usage convertis en jours de congés conventionnels).
 - c. En cas de dépassement dans un établissement du seuil de 5% de congés de maladie calculés sur base du total d'heures rémunérées (année N-2), la Commission des Normes demandera aux établissements concernés:
 - i. des informations pouvant expliquer cette situation
 - ii. la fourniture de données concernant l'absentéisme avec et sans certificat de maladie
2. Il est retenu de séparer les heures à travailler selon les 2 types de personnel :
 - a. Agents étatiques : heures à travailler 2013/2014 : 1548,07 (manque le tableau pour cette catégorie)
 - b. Travailleurs sous CCT-EHL : heures à travailler 2013/2014 selon type de personnel
 - i. Soignants USN et USI : 1512,88
 - ii. Soignants médico-technique : 1508,62
 - iii. Personnel administratif : 1548,98
 - iv. Personnel logisitique : 1522,99
3. La méthodologie suivante a été fixée pour les heures de congé à considérer dans le cadre du remplacement des femmes enceintes, sous dispense puis en congé de maternité et allaitement: la CNS prendra en considération les congés complémentaires attribués lors du décompte budgétaire de l'année N-1 selon les modalités suivantes :
 - a. Les calculs se feront pour tous les personnels
 - b. L'établissement fournira le nombre réel des femmes enceintes dispensées ayant bénéficié dans l'année N-1 d'un report de congés annuels
 - c. L'établissement fournira pour chacune des femmes enceintes dispensées ayant bénéficié dans l'année N-1 d'un report de congés annuels, le nombre de mois de dispense ayant donné droit à un report de congés, en appliquant la proratisation liée au taux d'occupation
 - d. L'établissement fournira le nombre total de mois de dispenses ayant donné droit à un report de congés dans l'année N-1 pour toutes les femmes enceintes dispensées.
 - e. Le nombre total de mois de dispenses ayant donné droit à un report de congés dans l'année N-1 sera multiplié par 2.5 jours pour trouver le nombre de jours à compenser par la CNS
 - f. Le nombre de jours à compenser par la CNS sera multiplié par 7,6h pour trouver le nombre d'heures de travail à compenser par la CNS

- g. Le nombre d'heures de travail à compenser par la CNS sera divisé par les heures à travailler dans la catégorie de personnel concerné, pour trouver le nombre d'ETP à compenser par la CNS.
- h. Si lors du décompte de l'année N-1, l'établissement a atteint ou n'a pas atteint, en moyenne annuelle, le nombre d'ETP autorisés par la CNS dans le budget de l'année N-1 pour les catégories cumulées en personnel la CNS ne compensera pas le report de congés des femmes dispensées.
- i. Si lors du décompte de l'année N-1, l'établissement a dépassé, en moyenne annuelle, le nombre d'ETP autorisés par la CNS dans le budget de l'année N-1 pour les catégories cumulées en personnel, la CNS compensera le nombre d'ETP à hauteur maximale du nombre d'ETP calculés au point g, plafonné à la moyenne annuelle si cette dernière est inférieure au total « dotation autorisée + ETP à compenser pour dispense »

Exemple 1 :

ETP autorisés = 200 ETP

En moyenne année N-1 195 ETP ont été salariés

Calcul ETP à compenser pour dispense année N-1 : 3,8 ETP

Pas de compensation par la CNS

Exemple 2 :

ETP US autorisés = 200 ETP

En moyenne année N-1 200 ETP ont été salariés

Calcul ETP à compenser pour dispense année N-1 : 3,8 ETP

Pas de compensation par la CNS

Exemple 3 :

ETP US autorisés = 200 ETP

En moyenne année N-1 205 ETP ont été salariés

Calcul ETP à compenser pour dispense année N-1 : 3,8 ETP

Compensation par la CNS à hauteur de 3,8 ETP lors du décompte budgétaire année N-1

Exemple 4 :

ETP US autorisés = 200 ETP

En moyenne année N-1 202 ETP ont été salariés

Calcul ETP à compenser pour dispense année N-1 : 3,8 ETP

Compensation par la CNS à hauteur de 2 ETP lors du décompte budgétaire année N-1

REFERENTIEL DE CALCUL DU PERSONNEL ETATIQUE (CHNP) POUR 2013/2014			
	Jours	Heures	Solde
Point de départ	365	8,00	2 920,00
Déductions :			
Samedi et dimanche	104	832,00	2 088,00
Déduction jours fériés	10	80,00	2 008,00
Déduction jours fériés d'usage	4	32,00	1 976,00
Déduction congé légal	29,00	232,00	1 744,00
Déduction impact congé reporté	1,61	12,88	1 731,12
Sous-total			1 731,12
Déduction formation continue (A)		40,00	1 691,12
Déduction congé maladie (5% de A)		84,56	1 606,56
Déduction congé lié à l'âge (cf. EHL)		2,23	1 604,33
Déduction congé social (cf. EHL)		1,29	1 603,04
Déduction congé extraordinaire (cf. EHL)		5,04	1 598,00
Déduction repos travail de nuit (CCT-EHL)			1 598,00
Déduction repos weekend (CCT-EHL)			1 598,00
Déduction pour permanence (CCT-EHL)			1 598,00
Déduction pour permanence travaillée (CCT-EHL)			1 598,00
Déduction repos ininterrompu 44 hrs (CCT-EHL)			1 598,00
Déduction pause (CCT-EHL)		49,94	1 548,07
Heures à travailler 2013/2014			1 548,07

REFERENTIEL DE CALCUL DU PERSONNEL SOIGNANT DES UNITES D'HOSPITALISATION POUR 2013/2014 (CCT_EHL)		
COMPOSITION HEURES	NOMBRE HEURES	SOLDE
Heures Théoriques par an (7,6h *261 j) (durée de travail brute annuelle)	1983,60h	1983,60h
Déduction jours fériés légaux et jours fériés d'usage non-convertis en jours de congés conventionnels (7,6h*4j) (durée de travail semi-nette annuelle)	30,40h	1953,20h
Déduction jours de congé de récréation légaux (7,6h*25j)	190,00h	1763,20h
Déduction jours fériés légaux et fêtes d'usage convertis en jours de congés conventionnels (7,6h*10j)	76,00h	1687,20h
Déduction formation continue	40,00h	1647,20h
Déduction congé maladie*	67,97h	1579,23h
Déduction congés liés à l'âge	2,23h	1577,00h
Déduction congé social	1,29h	1575,71h
Déduction congés extraordinaires	5,04h	
Déduction repos travail nuit	5,70h	
Déduction repos week-end	0,21h	
Déduction permanence	0,04h	
Déduction permanence travaillée	0,02h	
Déduction repos ininterrompu 44 hrs	0,37h	1564,33h (A)
Déduction pause (A / 7,6h) *15min/60	51,46h	
HEURES A TRAVAILLER 2013/2014		1512,88



sylvain.vitali@ehl.lu
santé.lu

En collaboration des cellules d'experts



crp SANTÉ
 CENTRE DE RECHERCHE PUBLIC
 CENTRE D'ÉTUDES EN SANTÉ

marie-lise.lair@crp-

REFERENTIEL DE CALCUL DU PERSONNEL SOIGNANT DES UNITES MEDICO-TECHNIQUES POUR 2013/2014 (CCT_EHL)		
COMPOSITION HEURES	NOMBRE HEURES	SOLDE
Heures Théoriques par an (7,6h *261 j) (durée de travail brute annuelle)	1983,60h	1983,60h
Déduction jours fériés légaux et jours fériés d'usage non-convertis en jours de congés conventionnels (7,6h*4j) (durée de travail semi-nette annuelle)	30,40h	1953,20h
Déduction jours de congé de récréation légaux (7,6h*25j)	190,00h	1763,20h
Déduction jours fériés légaux et fêtes d'usage convertis en jours de congés conventionnels (7,6h*10j)	76,00h	1687,20h
Déduction formation continue	40,00h	1647,20h
Déduction congé maladie*	68,46h	1578,74h
Déduction congés liés à l'âge	3,31h	1575,43h
Déduction congé social	1,84h	1573,59h
Déduction congés extraordinaires	4,67h	
Déduction repos travail nuit	1,23h	
Déduction repos week-end	0,10h	
Déduction permanence	3,49h	
Déduction permanence travaillée	3,83h	
Déduction repos ininterrompu 44 hrs	0,33h	1559,93h (A)
Déduction pause (A / 7,6h) *15min/60	51,31h	
HEURES A TRAVAILLER 2013/2014		1508,62

REFERENTIEL DE CALCUL DU PERSONNEL ADMINISTRATIF POUR 2013/2014 (CCT_EHL)		
COMPOSITION HEURES	NOMBRE HEURES	SOLDE
Heures Théoriques par an (7,6h *261 j) (durée de travail brute annuelle)	1983,60h	1983,60h
Déduction jours fériés légaux et jours fériés d'usage non-convertis en jours de congés conventionnels (7,6h*4j) (durée de travail semi-nette annuelle)	30,40h	1953,20h
Déduction jours de congé de récréation légaux (7,6h*25j)	190,00h	1763,20h
Déduction jours fériés légaux et fêtes d'usage convertis en jours de congés conventionnels (7,6h*10j)	76,00h	1687,20h
Déduction formation continue	15,00h	1672,20h
Déduction congé maladie*	59,47h	1612,73h
Déduction congés liés à l'âge	4,70h	1608,03h
Déduction congé social	1,39h	1606,64h
Déduction congés extraordinaires	3,70h	
Déduction repos travail nuit	0,38h	
Déduction repos week-end	0,02h	
Déduction permanence	0,55h	
Déduction permanence travaillée	0,17h	
Déduction repos ininterrompu 44 hrs	0,14h	1601,67h (A)
Déduction pause (A / 7,6h) *15min/60	52,69h	
HEURES A TRAVAILLER 2013/2014		1548,98

REFERENTIEL DE CALCUL DU PERSONNEL LOGISTIQUE DES POUR 2013/2014 (CCT_EHL)		
COMPOSITION HEURES	NOMBRE HEURES	SOLDE
Heures Théoriques par an (7,6h *261 j) (durée de travail brute annuelle)	1983,60h	1983,60h
Déduction jours fériés légaux et jours fériés d'usage non-convertis en jours de congés conventionnels (7,6h*4j) (durée de travail semi-nette annuelle)	30,40h	1953,20h
Déduction jours de congé de récréation légaux (7,6h*25j)	190,00h	1763,20h
Déduction jours fériés légaux et fêtes d'usage convertis en jours de congés conventionnels (7,6h*10j)	76,00h	1687,20h
Déduction formation continue	15,00h	1672,20h
Déduction congé maladie*	84,36h	1587,84h
Déduction congés liés à l'âge	4,50h	1583,34h
Déduction congé social	1,62h	1581,73h
Déduction congés extraordinaires	3,50h	
Déduction repos travail nuit	0,27h	
Déduction repos week-end	0,17h	
Déduction permanence	1,38h	
Déduction permanence travaillée	0,67h	
Déduction repos ininterrompu 44 hrs	0,94h	1574,80h (A)
Déduction pause (A / 7,6h) *15min/60	51,80h	
HEURES A TRAVAILLER 2013/2014		1522,99

NORMALISATION DES INFIRMIERS AUDITEURS PAR ETABLISSEMENT POUR 2013 et 2014

La dotation des infirmiers auditeurs est insérée dans une fonctionnalité « service d'audit » indépendante des dotations des unités d'hospitalisation.

La normalisation par établissement est la suivante :

Établissement hospitalier	Nombre ETP Infirmier Auditeur
C.H.L	3,5 ETP
CHEM	3,75 ETP
CHdN	2,5 ETP
CHNP	1,5 ETP
ZithaKlinik	2 ETP
CHK	2,5 ETP
CSM	0,75 ETP
CBK	0,50 ETP
CNRFR	0.50 ETP
Hôpital HIS	0,25 ETP
INCCI	0,25 ETP
Haus Omega	0,25 ETP

Remarque :

- La carrière de référence pour la détermination du coût salarial de l'Infirmier Auditeur lors des négociations budgétaires est : carrière ES 5.0
- La norme Infirmier Auditeur induit l'application du référentiel de fonction Infirmier Auditeur annexé au présent document

NORMALISATION DES CADRES INTERMEDIAIRES DU DEPARTEMENT DES SOINS DES HÔPITAUX 2013 et 2014

Les dotations en cadres intermédiaires du département des soins en 2013 et 2014 seront plafonnées aux dotations accordées en 2012.

Type d'unité	Normalisation
Unités d'hospitalisation soins intensifs et soins normaux	1 ETP cadre intermédiaire pour 100 ETP professionnels de la santé, y compris les agents du service de transport patient et les auxiliaires de soins affectés au département soins, autorisés par la CNS dans ces unités, calculé au prorata, arrondi au quart supérieur. (sont exclus les personnels de nettoyage affectés dans les unités de soins)
Unités médico-techniques à l'exception de la pharmacie et du laboratoire	1 ETP cadre intermédiaire pour 80 ETP professionnels de la santé, y compris les agents de stérilisation, autorisés par la CNS dans ces unités, calculé au prorata, arrondi au quart supérieur. Sont exclus les personnels de nettoyage affectés à ces unités

NORMALISATION DES CADRES INTERMEDIAIRES DU DEPARTEMENT ADMINISTRATIF ET LOGISTIQUE DES HÔPITAUX DE PLUS DE 50 LITS POUR 2013 et 2014

Services Administratifs et Services Logistiques	CISA (Cadre Intermédiaire Services Administratifs)	CISL (Cadre Intermédiaire Services Logistiques)
CHL	2,0 ETP	2,0 ETP
CHEM	2,25 ETP	2,25 ETP
CHdN	1 ETP	1 ETP
CHNP	1 ETP	1 ETP
CHK	1 ETP	1 ETP
ZITHAKLINIK	1 ETP	1 ETP
CSM	0 ETP *	0 ETP *
CBK	0 ETP *	0 ETP *
HIS	0 ETP *	0 ETP *
INCCI	0 ETP *	0 ETP *
CNRFR	0 ETP *	0 ETP *
CFB	0 ETP *	0 ETP *
Haus Omega	0 ETP*	0 ETP*

- Le code * : la fonction de Cadre Intermédiaire des Services Logistiques (CISL) et la fonction de Cadre Intermédiaire des Services Administratifs sont comprises dans la fonction de Direction.
- La norme CISL est d'application même dans le cas d'une sous-traitance de certaines activités logistiques.

La carrière de référence pour la détermination du coût salarial du CISL ou du CISA lors des négociations budgétaires est : carrière EA 5.0

**NORMALISATION DES CONSEILLERS STRATEGIQUES
DES HÔPITAUX DE PLUS DE 300 LITS
POUR 2013 et 2014**

La dotation « Conseiller stratégique » est insérée dans une fonctionnalité intitulée Conseil Stratégique/Attaché de direction dans les fonctionnalités Staff de Direction (chapitre 2.9 du tableau des fonctionnalités).

La normalisation est attribuée aux hôpitaux selon le schéma suivant :

Norme	Dotation
Si l'hôpital a 300 lits ou plus	1 ETP Conseil Stratégique
En cas d'hôpital multisites, présentant un seul budget pour l'ensemble des sites	1 ETP supplémentaire en cas de site(s) délocalisé(s) de l'établissement principal quel que soit le nombre de sites

**NORMALISATION DES FONCTIONS STAFF DE DIRECTION
POUR LES HÔPITAUX DE PLUS DE 50 LITS
POUR 2013 et 2014**

1. Formation Continue

Les dotations en GFC en 2013 et 2014 seront plafonnées aux dotations accordées en 2012.

Type de Fonctionnalité	Normalisation
Gestion de la Formation Continue	1 ETP pour 750 ETP dans l'Établissement hospitalier, au prorata du nombre, arrondi au quart supérieur

Cette norme induit l'application du profil de fonction du Gestionnaire de Formation, annexé au présent document.

La carrière de référence pour la détermination du coût salarial lors des négociations budgétaires est :

- carrière EA 5.0
- carrière ES 5.0

La normalisation de la fonction de gestion de la Formation Continue **oblige** en contrepartie les établissements hospitaliers **à fournir un rapport annuel 2010/2011** de Formation Continue reprenant les éléments suivants :

SYNTHESE DE LA FORMATION CONTINUE
Nbre de personnes ayant bénéficié en 2010 /2011 de la FC pour le personnel soignant par sous groupe SN – SI et MT
Nbre de personnes ayant bénéficié de la FC pour le personnel administratif 2010/2011
Nbre de personnes ayant bénéficié de la FC pour le personnel logistique 2010/2011
Nombre total d'heures annuel de FC en 2010/2011 pour le personnel soignant par sous groupe SN - SI et MT
Nombre total d'heures annuel de FC pour le personnel administratif 2010/2011
Nombre total d'heures annuel de FC pour le personnel logistique 2010/2011
Nombre d'heures annuelles de FC par ETP en 2010/2011 pour le personnel soignant par sous groupe SN - SI et MT
Nombre d'heures annuelles de FC par ETP personnel administratif 2010/2011
Nombre d'heures annuelles de FC par ETP personnel logistique 2010/2011
Nombre d'heures de FC par catégories professionnelles 2010/2011
Nombre d'heures de FC par unités 2010/2011
Coût global annuel pour les inscriptions 2010/2011
Coût global annuel pour les transports et l'hébergement 2010/2011
Liste des thèmes de FC réalisés 2010/2011
Nombre d'heures par thème, par unité, par an 2010/2011

De plus l'établissement hospitalier devra remettre le plan de formation de l'année 2010 ainsi que le plan de formation prévu pour 2013 et 2014 comprenant les éléments suivants :

PLAN DE FORMATION ANNEES SUIVANTES
Objectifs de développement dans l'établissement pour les années 2013 et 2014
Objectifs de développement de compétences chez les professionnels 2013 et 2014
Thèmes de FC retenus 2013 et 2014
Public cible par Thème 2013 et 2014
Organisme ou Formateur prévu par thème 2013 et 2014
Durée prévue par Thème 2013 et 2014
Quantité de personnes prévues par thème 2013 et 2014

2. Formateurs

Les dotations en Formateurs en 2013 et 2014 seront plafonnées aux dotations accordées en 2012.

La dotation « Formateur » est insérée dans une fonctionnalité intitulée Formateur dans les fonctionnalités générales de soins (chapitre 7 du tableau des fonctionnalités).

La normalisation est attribuée aux centres hospitaliers régionaux et hôpital général selon le schéma suivant, sous condition de produire un protocole d'encadrement des nouveaux collaborateurs accompagné d'un carnet d'encadrement :

Établissement hospitalier	Nombre ETP Formateur 2013 et 2014
C.H.L	1,5 ETP
CHEM	1,5 ETP
CHdN	1 ETP
CHK	1 ETP
ZITHAKLINIK	0,5 ETP

3. Hygiène Hospitalière

Les dotations en Hygiène Hospitalière (HH) et secrétariat HH en 2013 et 2014 seront plafonnées aux dotations accordées en 2012.

Seuil de Normalisation	Dotation Infirmière Hygiéniste 2013 et 2014
< ou égal à 100 ETP	0, 25 ETP
entre 101 et 200 ETP	0, 50 ETP
entre 201 et 300 ETP	0, 75 ETP
entre 301 et 400 ETP	1, 00 ETP
entre 401 et 500 ETP	1, 25 ETP
entre 501 et 600 ETP	1, 50 ETP
entre 601 et 700 ETP	1, 75 ETP
entre 701 et 800 ETP	2, 00 ETP
entre 801 et 900 ETP	2, 25 ETP
entre 901 et 1000 ETP	2, 50 ETP
Par tranche de 100 ETP supplémentaires	Ajouter 0,25 ETP

Seuil de Normalisation	Dotation Secrétariat Hygiène 2013 et 2014
< ou égal à 100 ETP	0, 00 ETP
entre 101 et 400 ETP	0, 25 ETP
entre 401 et 800 ETP	0,50 ETP
+ de 800 ETP	0,75 ETP
Par tranche de 400 ETP supplémentaires	Ajouter 0,25 ETP

Les ETP à considérer sont le total des ETP accordés par la CNS pour tout l'établissement hospitalier. En cas de sous-traitance de la cuisine avec fabrication sur place et / ou du nettoyage, l'établissement hospitalier ajoutera au nombre d'ETP accordés par la CNS, le nombre d'ETP mis à disposition par la firme.

Cette norme induit la création respectivement le fonctionnement officiel d'une UPI et d'un CPIN.

4. Fonctionnalité Cellule Qualité

Les dotations en CQ en 2013 et 2014 seront plafonnées aux dotations accordées en 2012

Type de Fonctionnalité	Normalisation 2013 et 2014
Cellule Qualité	1 ETP pour 500 ETP dans l'Établissement hospitalier, au prorata du nombre, arrondi au quart supérieur

Cette norme induit l'adhésion de l'établissement au modèle Incitants Qualité. Cette norme induit également que la cellule qualité comprend au minimum la compétence en gestion de processus, méthodologie et organisation.

La carrière de référence pour la détermination du coût salarial lors des négociations budgétaires est :

- Carrière EA 5.0
- Carrière ES 5.0

**NORMALISATION DES FONCTIONS STAFF DE DIRECTION
POUR LES HÔPITAUX DE MOINS DE 50 LITS
POUR 2013et 2014**

Les dotations en staff de direction pour h de – 50 lits en 2013 et 2014 seront plafonnées aux dotations accordées en 2012.

Dans les établissements hospitaliers de moins de 50 lits, les fonctionnalités Staff de Direction sont normées comme suit :

Fonctionnalités normées	CFB	HIS	Haus Omega	INCCI
Direction des Soins	0,5 ETP	0,5 ETP	0,25 ETP	0,5 ETP
Hygiène Hospitalière	0,25 ETP	0,25 ETP	0,25 ETP	0,25 ETP
Cellule qualité	0,5 ETP	0,25 ETP	0,25 ETP	0,5 ETP
Cadres Intermédiaires Hospitalisation	0	0	0	1 ETP cadre intermédiaire pour 100 ETP professionnels de la santé, y compris les agents du service de transport patients et les auxiliaires de soins affectés au département soins, autorisés par la CNS dans ces unités, calculé au prorata, arrondi au dixième le plus proche (sont exclus les personnels de nettoyage affectés dans les unités de soins)
Cadres intermédiaires Médico-technique	1 ETP cadre intermédiaire pour 80 ETP professionnels de la santé, y compris les agents de stérilisation, autorisés par la CNS dans ces unités, calculé au prorata, arrondi au dixième le plus proche (sont exclus les personnels de nettoyage affectés à ces unités)	0	0	1 ETP cadre intermédiaire pour 80 ETP professionnels de la santé, y compris les agents de stérilisation, autorisés par la CNS dans ces unités, calculé au prorata, arrondi au dixième le plus proche. (sont exclus les personnels de nettoyage affectés à ces unités)

Gestionnaire de Formation Continue	0,25 ETP	0,25 ETP	0,25 ETP	0,25 ETP
Infirmiers Auditeurs	0	0,25 ETP	0,25 ETP	0,25 ETP
Préposé à la sécurité	1 ETP pour 400 ETP opposables calculé au prorata et arrondi au dixième le plus proche	1 ETP pour 400 ETP opposables calculé au prorata et arrondi au dixième le plus proche	1 ETP pour 400 ETP opposables calculé au prorata et arrondi au dixième le plus proche	1 ETP pour 400 ETP opposables calculé au prorata et arrondi au dixième le plus proche

NORMALISATION DE LA FONCTIONNALITE TRANSPORT PATIENT Pour 2013 et 2014

La norme de dotation de la fonctionnalité Transport Patient est basée sur l'activité de l'établissement.

L'activité qui servira de base pour l'attribution de la dotation est la somme des unités d'œuvre dans toutes les fonctionnalités **sans le laboratoire**

Les normes appliquées seront pour les budgets 2013 et 2014 :

- 36000 Unités d'œuvre par ETP Agent de Transport Patient

La dotation de la fonctionnalité transport du CHNP et CNRFR sera en 2013 et 2014 négociée spécifiquement.

Cette norme ne concerne pas Haus Omega.

La norme pour la fonctionnalité Transport Patient s'applique en sus des dotations PRN des unités de soins normaux.

Le niveau de qualification du personnel affecté à la fonctionnalité Transport Patient retenu par la Commission des Normes est :

- agent de transport non diplômé, carrière CCT : OU 2.0
- un aide-soignant pour 5 agents

Cette norme induit l'application du profil de fonction Agent Transport Patient, annexé au présent document.

Il sera possible aux établissements hospitaliers ayant entrepris des travaux de transformation de faire une demande budgétaire individuelle de majoration du personnel de la fonctionnalité transport patient, pour une période déterminée, pouvant aller au maximum à 50 % de l'effectif accordé par la CNS selon l'application de la norme. Cette demande devra être accompagnée d'un dossier argumentatif expliquant le besoin complémentaire. Cette demande fera l'objet d'une négociation individuelle entre l'établissement et la CNS.

NORMALISATION DES SALLES D'ACCOUCHEMENT pour 2013 et 2014

La norme retenue s'applique sur le nombre de passages en salles d'accouchement (hormis les césariennes programmées) accepté pour le budget de 2013 et 2014 entre la CNS et l'établissement.

La norme appliquée sera 1 ETP pour 103 passages

La dotation obtenue par l'application de cette norme correspond à l'ensemble des activités faites par la sage-femme en salle d'accouchement ainsi que tous les actes de soins pratiqués avant ou après l'accouchement par la sage-femme en unité d'hospitalisation de maternité.

« Il sera allouée au service de salle d'accouchement un forfait de 4 heures sage-femme pour la prise en charge de la femme enceinte, du nouveau-né et de son entourage dans le cas d'une césarienne programmée. Une césarienne est considérée comme programmée lorsqu'elle correspond à la définition suivante :

Une césarienne est considérée programmée lorsque la date d'intervention a été planifiée entre le gynécologue et la femme préalablement à tout signe précurseur de travail, que la procédure d'hospitalisation avec l'établissement a été organisée dans les mêmes conditions que pour toutes les interventions chirurgicales planifiées.

Le forfait de 4 heures sera augmenté de 2 heures par nouveau-né supplémentaire né lors de la même césarienne programmée. »

NORMALISATION DES SERVICES DE PSYCHIATRIE Pour 2013 et 2014

1. Unité de psychiatrie fermée, unité de psychiatrie pour placés judiciaires adultes, unité de psychiatrie juvénile et psychiatrie infantile:

- La dotation de sécurité retenue pour **les services de psychiatrie fermée** (12 lits au CHEM, CHL, CHdN, HK) est de 3 soignants par poste 365/365 jours
- La dotation de sécurité retenue pour le **services de psychiatrie infantile** (8 lits au CHL) est de **2 soignants** par poste 365/365 jours.
- Pour le **service de psychiatrie juvénile** (23 lits au **HK**) la dotation de sécurité retenue est de 5 soignants le matin ; 4 soignants l'après-midi ; 3 soignants la nuit
- Pour le **service de psychiatrie des placés judiciaires adultes** de 18 lits au **CHNP** la dotation de sécurité retenue est de 3,5 soignants le matin ; 3,5 soignants l'après-midi ; 3 soignants la nuit

Ces dotations de sécurité sont valides pour l'année 2013 et 2014.

Dans le cas où la mesure de charge de travail au taux PRN 100% dépasse la dotation de sécurité, il sera appliqué la dotation mesurée selon le PRN au taux de 100%.

2. Unités de soins psychiatrie :

La dotation en personnel de soins sera attribuée selon la norme Unités de Soins Normaux.

3. Equipes thérapeutiques en psychiatrie

L'effectif attribué pour l'équipe thérapeutique en psychiatrie sera déterminé, lors de la négociation budgétaire individuelle, par rapport aux dotations accordées pour l'ensemble des unités de psychiatrie ouvertes ou fermées, en tenant compte de l'implication de cette équipe thérapeutique dans la prise en charge des personnes soignées au niveau du besoin de communication.

**NORMALISATION DE LA FONCTIONNALITE
ASSISTANCE SOCIALE
Pour 2013 et 2014**

La norme appliquée pour les budgets 2013 et 2014 sera :

Établissement hospitalier	Norme de dotation de base	Norme de dotation pour service de rééducation	Norme de dotation pour service de « psychiatrie »	Norme de dotation pour service « périnatalité »
CHL	2,25 ETP	0	Dotation spécifique – négociation individuelle	Dotation spécifique – négociation individuelle
CHEM	3,75 ETP	0,5 ETP par 30 lits de rééducation gériatrique	Dotation spécifique – négociation individuelle	0
CHdN	2,25 ETP	0,25 ETP par 15 lits de rééducation gériatrique	Dotation spécifique – négociation individuelle	0
CHK	1,75 ETP	0	Dotation spécifique – négociation individuelle	0
ZITHAKLINIK	1,5 ETP	0,5 ETP par 30 lits de rééducation gériatrique	0	0
CSM	0,75 ETP *	0	0	0
Haus Omega	0	0	0	0
HIS	0	0,5 ETP par 30 lits de rééducation gériatrique	0	0
CBK	0,5 ETP	0	0	
INCCI	0,25 ETP	0	0	0
CFB	0	0	0	0
CNRFR	0	Dotation spécifique – négociation individuelle	0	0
CHNP	0	0	Dotation spécifique – négociation individuelle	0

* en raison de changement de type d'activité, notamment au niveau de la gériatrie, une négociation individuelle est possible pour revoir la norme de base (remarque : concerne uniquement CSM)

NORMALISATION PHARMACIE Pour 2013 et 2014

La norme retenue a pour objectif de permettre aux pharmaciens d'exercer leurs attributions prévues dans la législation. Elle norme la dotation en pharmacien et en personnels de pharmacie (non pharmaciens). L'attribution des dotations complémentaires en 2013 et 2014 se fera en tenant compte des dotations en pharmacien accordées dans le budget 2012, ainsi que des dotations du personnel en magasin central intervenant dans les activités dédiées à la pharmacie.

1. Dotation « Pharmacien Hospitalier » :

Norme	Dotation
Dotation de base : par tranche de 175 lits	1 ETP pharmacien, au prorata du nombre de lits autorisés par le plan hospitalier au 1/1/2005 et ayant reçu l'autorisation ministérielle d'ouverture. Le RGD qui impose un minimum de 0,5 ETP pharmacien pour le dépôt de médicaments est d'application.
Dotation chimiothérapie Préparation des chimiothérapies par la pharmacie	<p>Référence : 1,6 préparations par unité d'œuvre chimiothérapie facturée.</p> <p>Une unité d'œuvre de chimiothérapie sera à facturer si et seulement si la préparation à réaliser appartient à la liste positive de médicaments définie par la CNS sur base de la liste ATC et des produits ayant reçu une AMM. L'unité d'œuvre de chimiothérapie sera facturée selon la circulaire précisant la méthodologie de facturation fournie par la CNS</p> <p>La norme de dotation pour la préparation des chimiothérapies est applicable si l'hôpital est en mesure de fournir à la CNS l'enregistrement des produits chimiothérapie par patient .</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si nombre UO chimio multiplié par 1,6 est < à 1000 = 0,25 pharmacien • Si nombre UO chimio multiplié par 1,6 est égal à 1000 et < à 2500 = 0,5 pharmacien • Si nombre UO chimio multiplié par 1,6 est égal à 2500 et < à 5000 = 1 pharmacien • Si nombre UO chimio multiplié par 1,6 est égal ou > à 5000 = 1,5 pharmaciens • Si nombre UO chimio multiplié par 1,6 est égal ou > à 7500 = 2 pharmaciens • Si nombre UO chimio multiplié par 1,6 est égal ou > à 10000 = 2,5 pharmaciens
Distribution unitaire des médicaments (unit dose) sur prescription individualisée par patient	40 % de la dotation de base en pharmacien.
Validation	L'application de cette norme induit une validation de la facturation des UO chimio

L'établissement qui demandera l'application de la norme pour la préparation des chimiothérapies ou distribution unitaire des médicaments sur prescription individualisée par patient devra déposer avec la demande budgétaire une présentation détaillée du projet.

Le projet concernant la distribution unitaire devra comprendre au moins les informations suivantes :

- Détails concernant les modalités et procédures concernant la prescription individualisée des médicaments
- Présentation d'un timing pour la mise en production de la distribution unitaire des médicaments précisant :
 - Les différentes phases pour l'implémentation du projet
 - Le nombre et les types de médicaments concernés par ce projet
 - La fréquence de distribution par unité de soins / service
 - Les types de patients concernés par ce projet
 - Les modèles de tableau de bord de suivi de ce projet

L'établissement s'engage à présenter un bilan intermédiaire annuel du projet à la CNS.

2. Dotation « Agents de Pharmacie » :

Norme	Dotation		
Dotation de base : en rapport avec la dotation de base des pharmaciens	Application d'un coefficient selon le type d'établissement : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Centres régionaux, Hôpitaux généraux et Hôpitaux spécialisés à caractère aigu (CHL/INCCI, CHEM/CFB, CHK/CBK, CHdN, ZITHAKLINIK) : coefficient 3. ▪ Hôpitaux de proximité et Hôpitaux à caractère rééducation et réhabilitation (CHNP, CSM, CNRFR, HIS) : coefficient 1,5. 		
Dotation Chimiothérapie : en rapport avec la dotation chimiothérapie des pharmaciens.	Application du ratio 1:1 de la dotation chimiothérapie des pharmaciens.		
Dotation Dose unitaire : coefficient appliqué selon le type d'établissement et selon la phase du projet (intermédiaire ou finale)	Phase	Hôp. Généraux + Hôp. spéc. aigus	Hôp. de prox + Hôp rééd./ réhabil.
	Intermédiaire	Coefficient: 2,5	Coefficient : 1,5
	Finale	Coefficient: 3,5	Coefficient : 2

3. Dotation « Secrétariat de Pharmacie » :

Norme	Dotation
Dotation : en rapport avec la dotation totale des Pharmaciens (dotation de base+ dotation chimiothérapie + dotation dose unitaire)	Application du taux de 10% de la dotation totale en pharmacien.

Le profil des tâches du secrétariat médico-technique visé par cette norme fait partie intégrante du document « profils de fonction »

4. Synergie inter-établissements :

Le calcul des dotations est réalisé sur base des synergies existantes entre Pharmacies hospitalières.

5. Arrondi final sur Total dotation

Arrondir au quart supérieur le total obtenu des calculs de dotation pour le personnel de pharmacien + agents de pharmacie + secrétariat médico-technique

6. Spécificités relatives à la distribution unitaire des médicaments :

Les normes de dotation pour les pharmaciens et les agents de pharmacie relatives à la distribution unitaire des médicaments pourront être modulées selon le degré d'automatisation de la cueillette des médicaments choisi par l'établissement. Une conversion des frais de personnel en frais d'équipement (contrat d'entretien compris) est possible.

L'établissement devra déposer avec sa demande budgétaire – en vue de la négociation individuelle - un dossier retraçant tous les éléments nécessaires pour cette éventuelle conversion.

7. Tableau fonctionnalité :

Les établissements devront ajouter dans le tableau de fonctionnalités à remettre avec la demande budgétaire 2013 et 2014 à la fonctionnalité 8.1 (Pharmacie) en sus du personnel affecté à la pharmacie le personnel réalisant des tâches tombant sous la responsabilité du pharmacien selon le RGD du 01/03/2002 (Centrale d'achat, Magasin Nursing).

**NORMALISATION DE LA FONCTIONNALITE DIETETIQUE
Pour 2013 et 2014**

La norme appliquée pour les budgets 2013 et 2014 sera :

Établissement hospitalier	Norme de dotation Partie « diététique clinique (activité patient) »	Norme de dotation Partie « diététique production en cuisine »
CHL	3,5 ETP	0
CHEM	3,5 ETP	1,5 ETP
CHdN	2,5 ETP	0
CHK	2 ETP	0
ZITHAKLINIK	1,75 ETP	0
CHNP	1 ETP pour l'activité CNS	0
CSM	0,5 ETP	0
CBK	0,5 ETP	0
HIS	0,25 ETP pour l'activité CNS	0
INCCI	0,12 ETP	0
CFB	0,25 ETP	0
CNRFR	0,5 ETP	0

**NORMALISATION DU PREPOSE A LA SECURITE pour les hôpitaux de plus de 50 lits
Pour 2013 et 2014**

Les dotations en préposé à la sécurité en 2013 et 2014 seront plafonnées aux dotations accordées en 2012.

Dans le cadre des prescriptions de sécurité de l'ITM et des dispositions légales en matière de santé et de sécurité des travailleurs au travail, la Commission des normes a décidé de normaliser la fonction du « Préposé à la Sécurité » (fonctionnalité 2.7)

La norme retenue pour les budgets 2013 et 2014 est :

1 ETP pour 400 ETP opposables calculé au prorata et arrondi au quart supérieur.

La carrière de référence pour la détermination du coût salarial lors des négociations budgétaires est :

- Carrière EA 5.0

NORMALISATION DU COORDINATEUR DES CONSTRUCTIONS Pour 2013 et 2014

Dans le cadre des projets de modernisation, de l'aménagement ou la construction de certains établissements, la Commission des Normes a décidé de normaliser la fonctionnalité du « Coordinateur des Constructions » (fonctionnalité 2.8)

La norme retenue est la suivante :

- **2 ETP Coordinateur de Construction pour un coût total du projet de modernisation, d'aménagement ou de construction dépassant la somme de 75 000 000 €**
- **1,5 ETP Coordinateur de Construction pour un coût total du projet de modernisation, d'aménagement ou de construction dépassant la somme de 25 000 000 € et inférieur ou égal à 75 000 000 €**
- **0.75 ETP Coordinateur de Construction pour un coût total du projet de modernisation, d'aménagement ou de construction inférieur à 25 000 000 € et supérieur ou égal à 12 500 000 €**
- **0.375 ETP Coordinateur de Construction pour un coût total du projet de modernisation, d'aménagement ou de construction inférieur à 12 500 000 €**
- **La norme est applicable pour chaque Établissement hospitalier dont le projet est avisé positivement par la CPH**
- **La durée de la normalisation est limitée à la durée totale du projet par Établissement hospitalier plus 2 ans**
- **L'Établissement hospitalier qui se trouve dans la phase « *aiguë* » d'un projet de modernisation peut demander un surplus pouvant aller jusqu'à 30% de la norme. Cette demande fera l'objet d'une négociation individuelle entre l'établissement et la CNS.**

Seront à considérer pour la définition de la somme de l'investissement :

- **L'enveloppe subventionnée ou opposable (sans la partie « D »)**

La carrière de référence pour la détermination du coût salarial lors des négociations budgétaires est :

- **Carrière EA 5.0**

Formatted: French (Luxembourg)

NORMALISATION DU PERSONNEL BLOC OPERATOIRE ET ANESTHESIE Pour 2013 et 2014

La norme retenue prend en considération le personnel de la fonctionnalité 8.6 (bloc opératoire) et 8.7 (anesthésie).

L'application de cette norme induit :

- la validation préalable des données d'activité de l'année complète 2010 servant au calcul (selon les modalités arrêtées par la Commission des Normes),
- la validation préalable de la répartition des effectifs dans le formulaire du personnel pour le bloc opératoire, l'anesthésie, les salles de réveil, les unités de soins intensifs, les policliniques et le service des urgences, ainsi que le secrétariat médico-technique.

La négociation budgétaire pour ces fonctionnalités se basera sur les données réelles d'utilisation des salles opératoires et des salles virtuelles de l'année complète 2010 ainsi que sur l'activité prévisionnelle 2013 et 2014, les prévisions d'heures d'ouverture et du nombre de salles prévues pour 2013 et 2014 par les établissements hospitaliers.

Lors de la négociation budgétaire, la CNS analysera la pertinence des effectifs demandés dans la demande budgétaire sur base de l'activité du bloc opératoire, du recensement des heures d'occupation des salles opératoires et virtuelles réalisé pendant l'année complète 2010 et déclarées par la Direction des établissements hospitaliers au CRP-Santé.

Références méthodologiques pour l'année budgétaire 2013 et 2014 :

Est à considérer comme activité opératoire toute activité chirurgicale réalisée au bloc opératoire nécessitant l'utilisation d'une salle opératoire et la présence du personnel du bloc opératoire (infirmier anesthésiste, ATM chir.). Les autres actes réalisés au bloc opératoire sans association avec un acte chirurgicale seront recensés dans l'audit des blocs opératoires mais normés selon leur type (endoscopie, ...).

Pour une anesthésie générale par injection médicamenteuse, l'heure de début d'anesthésie correspond à l'heure d'injection du produit anesthésiant suivie de l'heure d'intubation..

Pour une anesthésie générale par les gaz médicaux, l'heure de début d'anesthésie commence avec l'heure de début d'application des gaz (pose du masque), car il n'y a pas toujours d'intubation..

Pour une rachi-anesthésie, l'heure de début d'anesthésie correspond à l'heure de première injection.

Pour un bloc endo-veineux, l'heure de début d'anesthésie correspond à l'heure de première injection.

Pour un plexus, l'heure de début d'anesthésie correspond à l'heure de première injection.

Pour une anesthésie locale, l'heure de début d'anesthésie correspond à l'heure d'injection locale.

Lorsque la personne a deux anesthésies pour la même OP, l'heure de début correspond à l'heure de la première anesthésie et l'heure de fin à la fin de la deuxième anesthésie (souvent il s'agit d'une AG complémentaire à une anesthésie régionale insuffisamment efficace).

1. Harmonisation de la méthodologie de calcul OP au niveau des salles d'induction

Pour les anesthésies générales, quelque soit l'endroit où l'anesthésie a été démarrée (en salle OP ou en salle d'induction):

-
- L'heure de début de l'anesthésie est avancée forfaitairement de 5 minutes = heure d'anesthésie recalculée
- Maximum 10 minutes avant l'heure de début d'anesthésie recalculée, avec 1 IA et 1 ATM de chirurgie, fois 1,33. Ce temps peut être étendu s'il y a une situation spécifique documentée au dossier (ex problème santé du patient pendant cette phase d'accueil). La durée est calculée entre l'heure d'anesthésie recalculée et l'heure d'entrée en salle OP ou l'heure d'anesthésie recalculée et l'heure d'entrée en salle d'induction.
- Heure de début d'anesthésie recalculée jusqu'à heure de sortie de salle OP avec 1 IA + 2 ATM. (fois 1,33, plus 0,5 ETP tel que prévu dans la norme actuelle).
- Forfait de 15 minutes pour couvrir le temps nécessaire à la sortie et à l'entrée des patients de salle OP, ainsi que la désinfection de la salle, l'habillage et le lavage des mains avec 1 IA + 2 ATM de chirurgie. Ce forfait n'est pas ajouté pour le dernier patient. Un supplément de 5 minutes couvrant l'entrée en bloc du premier patient de la journée et son entrée en salle (ce supplément est valide pour chaque salle) avec 1 IA + 2 ATM. Un supplément de 10 minutes couvrant la durée entre la sortie de salle du dernier patient de la journée et sa sortie de bloc avec 1 IA + 2 ATM (ce supplément est valide pour chaque salle).

Pour les anesthésies loco-régionales de type rachianesthésie et blocs endoveineux, quelque soit l'endroit où l'anesthésie a été démarrée (en salle OP ou en salle d'induction):

- Maximum 10 minutes avant l'heure de début d'anesthésie (correspondant à l'heure de première injection de produit anesthésiant) avec 1 IA et 1 ATM de chirurgie, fois 1,33. Ce temps peut être étendu s'il y a une situation spécifique documentée au dossier (ex problème santé du patient pendant cette phase d'accueil)
- Heure de début d'anesthésie (première injection en rachianesthésie ou bloc endoveineux) jusqu'à heure de sortie de salle OP avec 1 IA + 2 ATM, (fois 1,33, plus 0,5 ETP tel que prévu dans la norme actuelle).
- Forfait de 15 minutes pour couvrir le temps nécessaire à la sortie et à l'entrée des patients de salle OP, ainsi que la désinfection de la salle, l'habillage et le lavage des mains avec 1 IA + 2 ATM de chirurgie. Ce forfait n'est pas ajouté pour le dernier patient. Un supplément de 5 minutes couvrant l'entrée en bloc du premier patient de la journée et son entrée en salle (ce supplément est valide pour chaque salle) avec 1 IA + 2 ATM. Un supplément de 10 minutes couvrant la durée entre la sortie de salle du dernier patient de la journée et sa sortie de bloc avec 1 IA + 2 ATM (ce supplément est valide pour chaque salle).

Pour les plexus et péridurales (en bloc) servant d'anesthésie (à l'exclusion des plexus anti-douleur), ils sont le plus souvent faits dans la salle de réveil. Dans ces cas, la pose et la surveillance avant leur entrée en bloc est comptabilisée par le biais des salles virtuelles OP pour la pose et de la salle de réveil pour la surveillance. Dans certains cas particuliers, ils peuvent être faits en bloc opératoire directement en salle ou en salle d'induction ou en pré-salle. La comptabilisation se fera selon les modalités suivantes:

- si en salle de réveil :
 - o 20 minutes maximum pour la pose fois 1 IA plus 20 minutes maximum de surveillance en salle de réveil, plus 20 minutes maximum avant heure d'incision avec 1 IA et 1 ATM de chirurgie. Ce temps peut être étendu s'il y a une situation spécifique documentée au dossier.

Comment [SV1]: N'est pas un forfait et a toujours été appliqué comme ci-avant

- Heure d'incision jusqu'à sortie de salle avec 1 IA + 2 ATM, (fois 1,33, plus 0,5 ETP tel que prévu dans la norme actuelle).
 - Forfait de 15 minutes pour couvrir le temps nécessaire à la sortie et à l'entrée des patients de salle OP, ainsi que la désinfection de la salle, l'habillage et le lavage des mains avec 1 IA + 2 ATM de chirurgie. Ce forfait n'est pas ajouté pour le dernier patient. Un supplément de 5 minutes couvrant l'entrée en bloc du premier patient de la journée et son entrée en salle (ce supplément est valide pour chaque salle) avec 1 IA + 2 ATM. Un supplément de 10 minutes couvrant la durée entre la sortie de salle du dernier patient de la journée et sa sortie de bloc avec 1 IA + 2 ATM (ce supplément est valide pour chaque salle).
- si en salle OP ou salle d'induction :
- Maximum de 10 minutes en salle de préparation avec 1IA plus 1 ATM. La durée est calculée entre l'heure d'entrée en salle OP et l'heure d'anesthésie ou l'heure d'entrée en salle d'induction et l'heure d'anesthésie.
 - Maximum 20 minutes de pose avec 1 IA, plus maximum 20 minutes avant heure d'incision avec 1 IA + 1 ATM. Ce temps peut être étendu s'il y a une situation spécifique documentée au dossier.
 - Heure d'incision jusqu'à sortie de salle avec 1 IA + 2 ATM , (fois 1,33, plus 0,5 ETP tel que prévu dans la norme actuelle).
 - Forfait de 15 minutes pour couvrir le temps nécessaire à la sortie et à l'entrée des patients de salle OP, ainsi que la désinfection de la salle, l'habillage et le lavage des mains avec 1 IA + 2 ATM de chirurgie. Ce forfait n'est pas ajouté pour le dernier patient. Un supplément de 5 minutes couvrant l'entrée en bloc du premier patient de la journée (ce supplément est valide dans chaque salle) et son entrée en salle avec 1 IA + 2 ATM. Un supplément de 10 minutes couvrant la durée entre la sortie de salle du dernier patient de la journée et sa sortie de bloc avec 1 IA + 2 ATM (ce supplément est valide pour chaque salle).

Pour les anesthésies rétro, péri et conjonctives bulbaires:

- 25 minutes maximum avant heure d'incision avec 1 IA et 1ATM de chirurgie. La durée est calculée entre l'heure d'entrée en salle OP et l'heure d'incision ou l'heure d'entrée en salle d'induction et l'heure d'incision.
- Heure d'incision jusqu'à heure de sortie de salle OP avec 1 IA + 2 ATM, (fois 1,33, plus 0,5 ETP tel que prévu dans la norme actuelle).
- Forfait de 15 minutes pour couvrir le temps nécessaire à la sortie et à l'entrée des patients de salle OP, ainsi que la désinfection de la salle, l'habillage et le lavage des mains avec 1 IA + 2 ATM de chirurgie. Ce forfait n'est pas ajouté pour le dernier patient. Un supplément de 5 minutes couvrant l'entrée en bloc du premier patient de la journée et son entrée en salle (ce supplément est valide pour chaque salle) avec 1 IA + 2 ATM. Un supplément de 10 minutes couvrant la durée entre la sortie de salle du dernier patient de la journée et sa sortie de bloc avec 1 IA + 2 ATM (ce supplément est valide pour chaque salle).

Pour les anesthésies locales (injection locale) faites directement par le chirurgien ou les passages sans anesthésie:

- 10 minutes maximum avant heure d'incision avec 1 IA et 1ATM de chirurgie. La durée est calculée entre l'heure d'entrée en salle OP et l'heure d'incision.
- Heure d'incision jusqu'à heure de sortie de salle OP avec 1 IA + 2 ATM, (fois 1,33, plus 0,5 ETP tel que prévu dans la norme actuelle).
- Forfait de 15 minutes pour couvrir le temps nécessaire à la sortie et à l'entrée des patients de salle OP, ainsi que la désinfection de la salle, l'habillage et le lavage des mains avec 1 IA + 2 ATM de chirurgie. Ce forfait n'est pas ajouté pour le dernier patient. Un supplément de 5 minutes couvrant l'entrée en bloc du premier patient de la journée (ce supplément est valide pour chaque salle) et son entrée en salle avec 1 IA + 2 ATM. Un supplément de 10

Comment [SV2]: Cf patch emla antidouleur p.e.x. biopsie artère temporale

minutes couvrant la durée entre la sortie de salle du dernier patient de la journée et sa sortie de bloc avec 1 IA + 2 ATM (ce supplément est valide pour chaque salle).

Remarques :

Les cas d'anesthésie prolongée (temps entre le début de l'anesthésie et l'incision) sans raison notée au dossier feront toujours l'objet de discussion en validation.

Les cas de délai inexplicable au dossier du patient entre l'entrée en salle d'induction et l'entrée en salle OP ou entre l'entrée en salle OP et le début de l'anesthésie ou entre la fin de l'OP et la sortie de salle, feront l'objet de rectifications lors de la validation.

La fiche d'anesthésie constitue l'outil de référence pour déterminer les horaires puisqu'y sont consignés les horaires d'intubation, extubation, injection d'anesthésiant, paramètres vitaux.

Toutes les incohérences entre les divers documents du dossier du patient constituent une cause de non validation des données.

2. Application de la norme OP pour les calculs d'effectifs 2013 et 2014

les calculs des effectifs 2013-2014 seront réalisés sur base des données 2010 validées. la validation des données d'audit 2013, 2014 se fera sur base des références méthodologiques inscrites au présent document.

Les hôpitaux amélioreront en continu la collecte des données d'anesthésie.

3. Application de la norme aux 5U45 et 5U46 avec prostatectomie au CHdN site Hôpital Saint-Louis

Le CHdN site HSL est le seul établissement réalisant les 5U45 et 5U46 avec prostatectomie dans une salle d'endoscopie affectée à cet usage.

Afin que la décision de la Commission des Normes puisse être appliquée, à savoir que ces actes soient traités avec la même norme que cela soit réalisé en OP ou dans cette salle, il sera demandé au CHdN de créer dans le fichier de DEBORA –OP une salle OP-Prostatectomie dans laquelle seuls les actes 5U45 et 5U46 avec intervention chirurgicale en lien avec les actes 5U45 et 5U46 seront saisis.

Pour tous les autres actes endoscopiques faits dans cette salle, la saisie se fera dans DEBORA-Endoscopie.

A) Calcul des ATMs et infirmiers de Chirurgie : spécificités

- En cas de service d'urgence pour l'établissement, 2 ATMs (ou infirmiers) sont octroyés pour les 24 heures d'ouverture du service de garde. Le temps médian d'occupation du personnel de chirurgie, dans l'ensemble des salles, pendant le jour de garde est considéré comme l'activité effectuée par cette équipe et est donc retiré des 2 ATMs (ou infirmiers) octroyés pour l'équipe d'urgence.
- Si l'établissement n'assure aucun service de garde durant l'année, un forfait de désinfection de 96 heures (8 heures par mois) par salle est accordé..
- Le nombre d'ETPs attribués pour les ATMs et infirmiers de chirurgie pour le bloc de l'établissement est divisé par le nombre d'heures à travailler en médico-technique.

Particularités INCCI :

- Personnel de chirurgie du service de garde :
En ce qui concerne le service de garde de l'INCCI, un ATM de chirurgie (ou infirmier) est octroyé 24/24 heures, 365 jours par an. L'activité générée par cette personne lorsque aucun appel d'urgence n'est effectué peut être considérée comme l'équivalent d'un 0,5

ATM (ou infirmier) par salle. Pour cette raison, l'INCCI ne reçoit donc pas de supplément de 0,5 ATM (ou infirmier) pondéré selon les heures de présence (comme précisé dans le calcul des ATMs) mais reçoit une personne durant 365 jours 24/24 heures. Ce 0,5 ATM (ou infirmier) remplace donc les temps médians qui sont soustraits pour les autres établissements.

- **Personnel perfusionniste :**
L'ensemble des temps d'activité du perfusionniste est calculé et divisé par le nombre d'heures à travailler en médico-technique.

B) Calcul des infirmiers anesthésistes :

- En cas de service d'urgence pour l'établissement (y compris l'INCCI), 1 infirmier anesthésiste est octroyé pour les 24 heures d'ouverture du service de garde. Le temps médian d'occupation du personnel d'anesthésie, dans l'ensemble des salles, pendant le jour de garde est considéré comme l'activité effectuée par cet infirmier anesthésiste et est donc retiré du temps octroyé pour le service d'urgence.
- Si l'établissement n'assure aucun service de garde durant l'année, un forfait de désinfection de 48 heures (4 heures par mois) par salle est accordé. Le total final des heures allouées pour le service d'urgence moins le temps médian (ou le temps pour la désinfection) est appelé DOUA.
- Le nombre d'ETPs attribués pour les infirmiers anesthésistes pour le bloc de l'établissement est divisé par le nombre d'heures à travailler en médico-technique.

C) Calcul des actes effectués en salle virtuelle Bloc:

- Chaque durée de prise en charge (différence entre l'heure de début de prise en charge qui correspond au moment où le personnel concerné commence les activités de soins avec le patient et l'heure de fin de prise en charge qui correspond au moment où le personnel concerné termine les activités de soins avec le patient) est pondérée en fonction du nombre et du type de personnel nécessaire pour réaliser l'acte.
- Un forfait de 10 minutes par passage pour les déplacements, préparation et rangement de matériel est attribué pour les Salles Virtuelles OP. Des cas spécifiques pourront être discutés en validation.
- Le total du nombre d'heures est divisé par le nombre d'heures à travailler en médico-technique.
- Plusieurs forfaits sont instaurés pour les salles virtuelles et cela pour éviter l'envoi de données relatives à des activités relativement fixes. Le nombre de ces actes est encodé par jour dans le programme des journaux de bord. Dans ces forfaits sont inclus les temps de déplacement, de préparation et de rangement de matériel.

Ces forfaits sont :

- **Pompe PCA :** 60 minutes par pose de pompe (suivi inclus). Les établissements – lors de la validation de cette norme – pourront présenter le nombre de patients avec traitement PCA longue durée. Le nombre de PCA à considérer pour le calcul de dotation sera ajusté sur base de ce listing.
- **Péridurale pour accouchement :** 90 minutes par péridurale.
- **Pose péridurale douleur :** maximum 20 minutes par pose.
- **Pose KT centraux et fémoraux :** 30 minutes par pose.
- **Autotransfusion :** 45 minutes par prélèvement d'autotransfusion. Ce forfait pourra être revu par la Commission des Normes sur base d'informations complémentaires à présenter par les établissements.

Pour tous ces forfaits une validation sur base des dossiers patients choisis pour la validation.

Comment [SV3]: Nouveau sur base de la réalité terrain cf. p.ex. pose en ESJM

D) Calcul du responsable de bloc :

- Le nombre d'heures de présence des patients en salle opératoire (somme des différences entre l'heure d'entrée en salle OP et l'heure de sortie de salle OP) est additionné au nombre d'heures de présence en salle d'induction (somme des différences entre l'heure d'entrée en salle d'induction et l'heure d'entrée en salle OP).
- A ce total sont ajoutées 15 minutes par passage pour l'intervalle entre deux patients. Le nombre d'heures de présence des patients en salle virtuelle (somme des différences entre l'heure de début de prise en charge en salle virtuelle et l'heure de fin de prise en charge) en additionnant la somme des heures relative à tous les forfaits sont ajoutés.
- Le nombre total d'heures ainsi calculé est divisé par 6000 pour obtenir le nombre d'ETPs nécessaires pour assurer la responsabilité du bloc.

E) Calcul du secrétariat médico-technique du bloc opératoire :

Le nombre d'ETP de secrétariat de bloc opératoire est équivalent au nombre de cadres de proximité de bloc opératoire calculé précédemment.

L'hôpital fournira la répartition des ETP de l'année N-2 des différents secrétariats médico-techniques.

Remarques :

1. Les activités d'endoscopie qui sont réalisées en salle OP sans acte opératoire seront normées :
 - pour la partie concernant le personnel de chirurgie selon la norme endoscopie.
 - pour la partie concernant le personnel Infirmier Anesthésiste : Temps de présence en Salle OP + temps de présence en Salle d'Induction, si passage en induction nécessaire, si l'endoscopie nécessite l'assistance d'un infirmier anesthésiste.
2. Les activités d'endoscopie associées à un acte chirurgical et réalisées en salle OP seront normées avec la norme du bloc opératoire.

NORME DE DOTATION POUR LES SALLES DE REVEIL Pour 2013 et 2014

Le calcul de la dotation 2013 et 2014 pour la salle de réveil se fera sur base de l'audit 2010 validé en salle de réveil et sur la prévision d'activité en bloc opératoire négociée avec la CNS.

Préambule :

Les patients ayant un passage étalé sur deux jours (présence à minuit au bloc ou en salle virtuelle) ne sont pas considérés. En effet, après étude, ceux-ci sont généralement des erreurs de flag de lendemain (90 % des cas) ou ont une surveillance post-acte qui est gérée par l'équipe de garde. Néanmoins, si des passages se révèlent être corrects, ceux-ci seront analysés lors de la validation et seront pris en compte dans un deuxième temps.

Seuls les patients passés par une salle de réveil sont pris en compte ; le transfert en réanimation pour le réveil n'est pas retenu dans le calcul.

Les surveillances pré-actes telles que les plexus n'entrent pas dans ce calcul. Celles-ci seront prises en compte dans la dotation des salles virtuelles.

En résumé, seules les surveillances post-actes (opérations ou autres actes) de patients passés en salle de réveil entrent dans le calcul de la dotation, y compris les patients recensés par le DEBORA-endoscopie.

1. Calcul de la dotation pour la surveillance

Principe :

Le nombre de salles de réveil par hôpital dépend du nombre de sites avec activité opératoire. Les activités de salles de réveil sur chaque site ont été regroupées. De ce fait, p.ex. pour le CHL, les SDR1H et la SDR2H ont été regroupées avec la salle de réveil de la mat. Pour le site de Eich, la EOP13 a été regroupée avec la salle EOP12.

En conclusion : un site avec blocs opératoires = une salle de réveil.

1^{ère} étape :

Les patients sont listés selon leur ordre d'arrivée en salle de réveil. Tous les patients sont considérés quel que soit leur endroit de provenance (salle bloc, salle virtuelle, ...).

2^{ème} étape :

Les passages de ces patients sont listés en flux horaires afin de calculer les présences simultanées de patients au sein d'une même salle de réveil.

3^{ème} étape :

Ces flux horaires sont transformés en flux ETPs.

Le transfert des flux patients en flux ETPs se fait sur base de la conversion :

1 à 3 patients :	1 ETPs
4 à 6 patients :	2 ETPs.
7 à 9 patients :	3 ETPs.
10 à 12 patients :	4 ETPs

2. Calcul de la dotation pour les déplacements

Une dotation supplémentaire de 1 ETP est accordée pour le transport durant les heures de présence des patients, les jours ouvrables entre 6h et 20h

3. Lissage des flux ETP

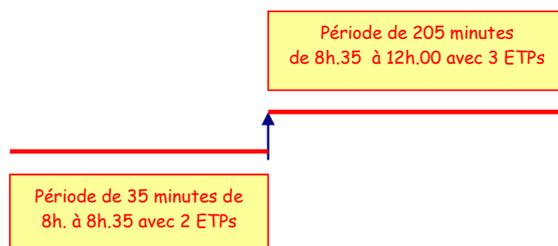
Après que ces flux aient été calculés, un lissage est alors pratiqué afin d'obtenir une situation reflétant au mieux la réalité du terrain.

Pour ce lissage, seules les périodes de moins de 120 minutes sont déplacées.

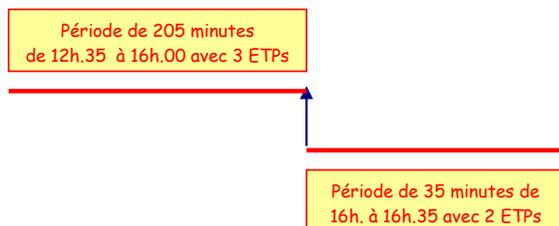
Nous appellerons ces périodes : « période courte ».

7 cas peuvent se produire :

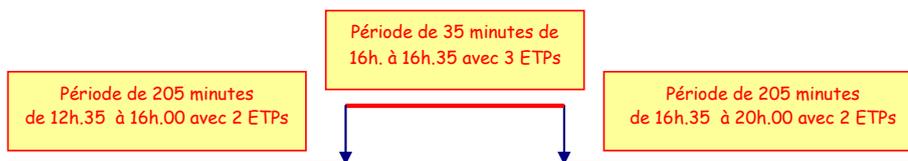
- a) Si une période courte se situe en début de journée, celle-ci est concaténée avec la période qui suit :



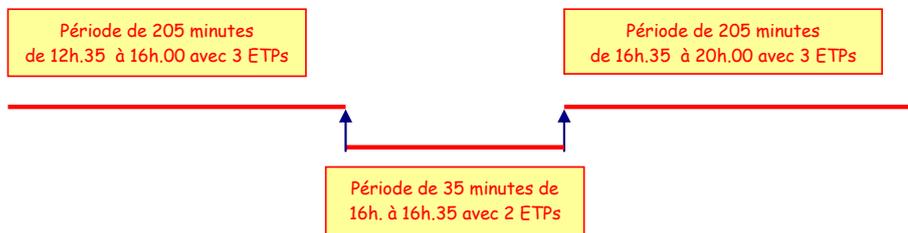
- b) Si une période courte se situe en fin de journée, celle-ci est concaténée avec la période qui précède :



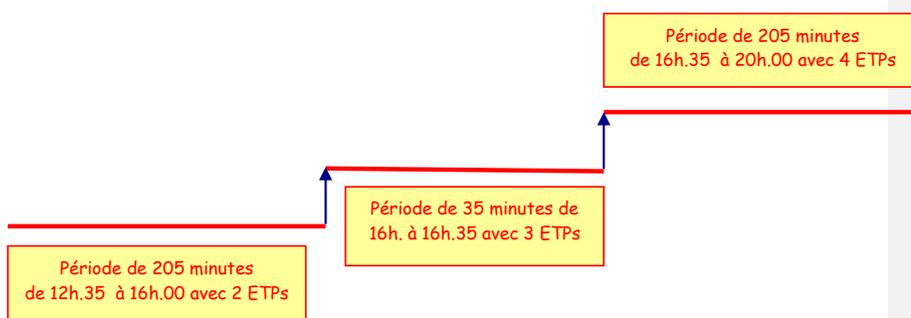
- c) Si une période courte se situe entre deux périodes et est un sommet, celle-ci est concaténée avec les deux périodes qui l'entourent



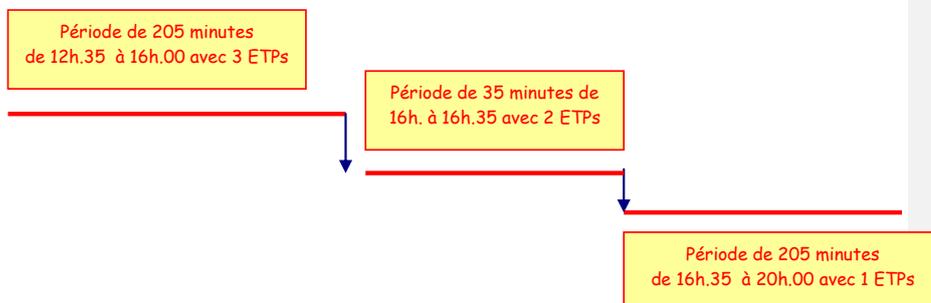
- d) Si une période courte se situe entre deux périodes et est un trou, celle-ci est concaténée avec les deux périodes qui l'entourent



- e) Si une période courte se situe entre deux périodes qui sont ascendantes, celle-ci est concaténée avec la période montante



- f) Si une période courte se situe entre deux périodes qui sont descendantes, celle-ci est concaténée avec la période descendante



- g) Si une période courte est isolée dans la journée et ne suit ni ne précède une autre période, celle-ci reste là où elle est.

Le processus est répété jusqu'à ce que toutes les périodes de moins de 2h. soient lissées.

4. Calcul de la dotation pour les entretiens

Lorsque les flux ETPs ont été lissés, une demi-heure est ajoutée en début de journée pour la préparation de la salle et en fin de journée pour le nettoyage et la remise en ordre de la salle. Les samedis, dimanches et jours fériés, seule une demi-heure est octroyée en fin de journée pour la remise en ordre de la salle.

Le nombre d'heures totales est alors calculé et celui-ci est divisé par le nombre d'heures à travailler par an par le personnel médico-technique.

5. Calcul de la dotation pour les activités administratives

Une dotation supplémentaire est accordée pour la gestion de la salle de réveil :

Entre 5000 et 6999 passages au bloc : 0,25 ETP.

Si plus de 7000 passages au bloc : 0,5 ETP.

6. Supplément pour l'activité pédiatrique

A cela, une dotation supplémentaire équivalente à 25% des temps de présence des enfants (<15 ans) en salle de réveil est ajoutée.

7. Validation

Afin de pouvoir utiliser les données recensées dans le cadre de la budgétisation des effectifs, une validation des données des salles de réveil sera effectuée lors de la validation des blocs opératoires par le CRP-Santé-SASSS.

8. Budgétisation

Les données validées de l'année 2010 seront utilisées pour le calcul de dotation pour les budgets 2013 et 2014.

Spécificité CSM :

La CSM dispose d'une dotation de 5,8 ETP pour une dotation de 2-1-1 du lundi au vendredi inclus et de 1 personne pour 8 heures de fonctionnement les samedis (ouverture de lundi 06.00 heures à samedi 14.00 heures).

NORMALISATION DU PERSONNEL DE « POLICLINIQUE ENDOSCOPIQUE » Pour 2013 et 2014

L'application de la norme endoscopie se fera en fonction de la répartition des personnels déclarés dans les différentes policliniques. Le calcul de dotation en policlinique endoscopique pour 2013 et 2014 se fera sur base de l'audit en endoscopie 2010 validé et de la prévision d'activité négociée avec la CNS.

A) Calcul des infirmiers d'endoscopie :

- Chaque durée d'examen endoscopique (différence entre l'heure d'entrée en salle d'endoscopie et l'heure de sortie de salle d'endoscopie) reçoit 1 ou 2 infirmières en fonction du code médical de l'acte selon la liste arrêtée en Commission des Normes et présentée ci-après. Si plusieurs actes ont été réalisés durant le même passage l'acte nécessitant le plus d'infirmières est prioritaire durant toute la durée du passage. Un complément de 20% est ajouté. Ce complément couvre la préparation des salles et le réagencement entre deux endoscopies ou en fin de programme. Ensuite, un supplément de 0,2 infirmier est octroyé pour les tâches diverses liées à la durée de présence du patient en endoscopie. Ce total est appelé DEIC.
- Hormis les patients provenant des USN ou USI, lorsque qu'il y a eu une présence d'un patient en salle de préparation, la durée de présence de celui-ci (différence entre l'heure d'entrée en salle de préparation et l'heure d'entrée en salle d'endoscopie) est additionnée à la variable DEIC. Cette durée est plafonnée à 10 minutes. Pour les situations dépassant les 10 minutes de présence en salle de préparation, une traçabilité permettant l'argumentation du cas clinique devra être présentée lors de la validation. Ce nouveau total est appelé DEPC.
- La durée entre la fin de l'acte endoscopique et la sortie du patient de la salle d'endoscopie est plafonnée à 10 minutes. Pour les situations dépassant les 10 minutes de présence en salle d'endoscopie post-acte, une traçabilité au dossier du patient permettant l'argumentation du cas clinique devra être présentée lors de la validation.
- Si le patient est entré en salle de surveillance, la durée entre l'entrée en salle de surveillance après endoscopie sous sédation et l'heure du dernier paramètre de tension artérielle pris en salle de surveillance et inscrit sur la fiche de surveillance se trouvant dans le dossier du patient. Ce temps sera divisé par trois. Ce temps ne sera comptabilisé que si la sédation et si la preuve de la surveillance post examen sont retrouvées dans le dossier du patient.
- Un forfait de 10 minutes est additionné à DEPC pour couvrir le temps nécessaire à la sortie et l'entrée des patients de salle d'endoscopie ; ainsi que la désinfection de la salle, l'habillage et le lavage des mains. Celui-ci est multiplié par le nombre d'infirmiers nécessaires pour réaliser l'acte qui précède l'intervalle. Ce forfait n'est pas ajouté pour le dernier passage de la journée. Ce total est appelé DEFC.
- Les différents DEFC sont additionnés. Ce total est appelé DETC.
- Un forfait de désinfection de 48 heures (4 heures par mois) par salle est accordé. Ce forfait est appelé DEUC.
- Le nombre d'ETPs attribués pour les infirmiers pour le service d'endoscopie de l'établissement est donc : (DETC + DEUC)/ nombre d'heures à travailler en médico-technique.
- Les examens réalisés sous Propofol® avec IA seront considérés dans le calcul des normes de l'endoscopie et dans le calcul SDR si le patient bénéficie de cette surveillance.

B) Calcul des infirmiers anesthésistes en policlinique endoscopie :

La dotation en infirmier anesthésiste pour la policlinique endoscopique sera calculée selon les temps encodés en Salle Virtuelle Bloc Endoscopie par les infirmiers anesthésistes.

Comment [SV4]: A régler la mise à disposition IA si on veut développer cette activité.

Comment [SV5]: Salle de surveillance post-examen. Sur base d'audits il manque des infos/preuves sur la surveillance du patient dans le dossier. Si oui : temps réel divisé par 3. Point de départ pour le calcul de la présence : 1ere trace de surveillance et dernière trace de surveillance.

C) Calcul des actes effectués en salle virtuelle Endoscopie:

Chaque durée de prise en charge (différence entre l'heure de début de prise en charge et l'heure de fin de prise en charge) est pondérée en fonction du nombre et du type de personnel nécessaire pour réaliser l'acte.

Le total du nombre d'heures est divisé par le nombre d'heures à travailler en médico-technique.

C) Calcul du responsable du service d'endoscopie :

Le nombre d'heures de présence des patients en salle d'endoscopie (somme des différences entre l'heure d'entrée en salle et l'heure de sortie de salle) est additionné au nombre d'heures de présence en salle de préparation (somme des différences entre l'heure d'entrée en salle de préparation et l'heure d'entrée en salle d'endoscopie; le tout plafonné à 10 minutes). A ce total sont ajoutées 10 minutes par passage pour l'intervalle entre deux patients (le dernier passage de la journée ne reçoit pas les 10 minutes d'intervalle). Le nombre d'heures de présence des patients en salle virtuelle (somme des différences entre l'heure de début de prise en charge en salle virtuelle et l'heure de fin de prise en charge) est ajouté. Le nombre total d'heures ainsi calculé est divisé par 6000 pour obtenir le nombre d'ETPs nécessaires pour assurer la responsabilité du service d'endoscopie.

E) Liste des actes et du nombre d'infirmiers nécessaires pour le réaliser :

Libellé acte	Code	nbre infirmiers
Manométrie oesophagienne	1G32	1
Oesophago(fibro) scopie exploratrice	1G38	1
Oesophagoscopie avec biopsie	1G39	1
Mise en place endoscopique d'un applicateur au niveau oesophagien pour curiethérapie	1G40	1
Oesogastroduodénoscopie	1G41	1
Oesogastroduodénoscopie avec biopsie, cytologie ou coloration vitale	1G42	1
Oesogastroduodénoscopie avec extraction de corps étrangers	1G43	1 (2 si < 14 ans sans AG)
Oesogastroduodénoscopie avec dilatation de sténose	1G44	1
Oesogastroduodénoscopie avec polypectomie ou sclérothérapie de varices ou ligatures de varices ou clips ou résection de tumeurs ou électrocoagulation de tumeurs	1G45	1
Oesogastroduodénoscopie et traitement par laser de sténoses ou d'hémorragies	1G46	2
Oesogastroduodénoscopie avec mise en place d'une prothèse au niveau du tractus digestif supérieur, dilatation comprise	1G51	1
Oesogastroduodénoscopie avec drainage kysto-digestif	1G52	1
Gastrostomie ou jéjunostomie percutanée par voie endoscopique	1G55	1
CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) exploratrice	1G56	2
CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec sphinctérotomie et/ou biopsie	1G57	2
CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec extraction de calculs (sphinctérotomie, Dormia, ballonnet, lithotritie mécanique, dilatation)	1G58	2
CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec drainage temporaire par sonde ou mise en place d'une prothèse	1G59	2
Anuscopie - CAC	1G61	1
Manométrie rectale	1G62	1
Pose d'une ligature élastique sur une hémorroïde	1G65	1
Rectoscopie exploratrice	1G66	1

Rectoscopie avec biopsie	1G67	1
Colofibroskopie du côlon gauche (rectosigmoïdoscopie comprise)	1G71	1
Colofibroskopie du côlon gauche avec biopsie	1G72	1
Colofibroskopie du côlon gauche avec une des interventions suivantes: polypectomie, résection de tumeurs, extraction de corps étrangers, mise en place d'une sonde, dilatation endoscopique, traitement des hémorragies	1G73	1
Colofibroskopie totale	1G74	1
Colofibroskopie totale avec biopsie	1G75	1
Colofibroskopie totale avec une des interventions suivantes: polypectomie, résection de tumeurs, extraction de corps étrangers, mise en place d'une sonde, dilatation endoscopique, traitement des hémorragies	1G76	1
Colofibroskopie du côlon gauche et traitement par laser de sténoses ou d'hémorragies	1G81	2
Colofibroskopie totale et traitement par laser de sténoses ou d'hémorragies	1G82	2
Bronchoscopie ou bronchofibroskopie exploratrice	1P51	1
Bronchofibroskopie avec prélèvement ou biopsie endobronchique	1P52	1
Bronchoscopie avec ponction, biopsie ou brossage sur lésion située au-delà du champ de visibilité	1P53	1
Bronchofibroskopie avec extraction de corps étrangers en une ou plusieurs séances	1P54	1
Bronchofibroskopie avec lavage bronchiolo-alvéolaire	1P55	1
Bronchofibroskopie et traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser, première séance	1P61	2
Bronchofibroskopie et traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser, séances suivantes	1P62	2
Bronchofibroskopie et traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser et prélèvement ou biopsie endobronchique	1P63	2
Bronchofibroskopie et traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser et prélèvement ou biopsietrans- ou perbronchique	1P64	2
Mise en place endoscopique d'un applicateur au niveau trachéo-bronchique pour curiethérapie	1P66	1
Naso-pharyngo-laryngo-fibroskopie	3L12	1
Naso-pharyngo-laryngo-fibroskopie avec biopsie	3L13	1
panendoscopie comprenant une endoscopie des fosses nasales, du pharynx, du larynx, de la trachée, des bronches et de l'oesophage à la recherche de lésions cancéreuses (sous anesthésie générale) biopsies comprises	3L18	1
Urétrocystoscopie exploratrice	5U31	1
Urétrocystoscopie avec cathétérisme des uretères y compris l'injection, la dilatation, la sonde de Zeiss	5U32	1
Urétrocystoscopie avec biopsie ou ablation de calculs ou de corps étrangers	5U33	1
Urétrocystoscopie avec lithotritie	5U34	1
Electrocoagulation endoscopique de l'urètre ou de la vessie, première séance	5U41	1
Electrocoagulation endoscopique de l'urètre ou de la vessie, séances suivantes pour un période d'un mois	5U42	1
Urétrotomie interne endoscopique	5U43	1
Plastie endoscopique du téflon	5U44	1
Electrorésection endoscopique au niveau de l'urètre	5U45	1
Electrorésection endoscopique au niveau de l'urètre	5U46	1
Urétéro-pyéloscopie exploratrice, dilatation de l'orifice comprise	5U51	2
Urétéro-pyéloscopie opérationnelle sur l'uretère ou le pyélon	5U52	2
Echoendoscopie de l'oesophage et du cardia	8E31	1
Echoendoscopie de l'estomac	8E32	1
Echoendoscopie des voies pancréatico-biliaires	8E33	1
Echoendoscopie du côlon	8E34	1
Echoendoscopie du rectum et du sigmoïde	8E35	1

Remarques :

1. Pour les actes **5U45 et 5U46 avec prostatectomie** sera appliquée la norme de dotation du bloc opératoire.
2. Pour le CHdN : Afin que la décision de la Commission des Normes puisse être appliquée, à savoir que ces actes soient traités avec la même norme que cela soit réalisé en OP ou dans cette salle, il sera demandé au CHdN de créer dans le fichier de DEBORA-OP une salle OP-Prostatectomie dans laquelle seuls les actes 5U45 et 5U46 avec intervention chirurgicale en lien avec les actes 5U45 et 5U46 seront saisis.
3. Pour tous les autres actes endoscopiques faits dans cette salle du CHdN, la saisie se fera dans DEBORA-Endoscopie.

NORMALISATION DU PERSONNEL HEMODIALYSE Pour 2013 et 2014

Le calcul de dotation pour le personnel « Hémodialyse » se basera sur l'activité prévisionnelle de l'année 2013 et 2014 négociée et les statistiques d'activité des dernières années 2010 - 2011.

La méthodologie de calcul se basera sur les minutes par type de dialyse suivant le tableau suivant :

Type de dialyse	Temps par dialyse en minutes	Remarques
Dialyse chronique	159,07 par dialyse	
Dialyse Limited Care	159,07 par dialyse	
Dialyse en Soins Intensifs	150 par dialyse réalisée en réanimation ou autres services + temps réel de pour chaque dialyse entre branchement et débranchement	Sur base des prévisions 2013 et 2014, les temps réels pourront être validés sur base des durées réelles en 2011
Dialyse en garde	270 minutes par dialyse faite en garde	Sur base des statistiques des années 2010 et 2011 Sont considérées faites en garde les dialyses non planifiées faites dans le service de dialyse, réalisées en dehors des heures d'ouverture du service exigeant l'appel de l'infirmier de permanence, ainsi que les dialyses non programmées se présentant sur l'unité après l'heure d'ouverture mais quittant après la fermeture du service.
Dialyse péritonéale	Relevé des temps réels prestés	Les temps passés comprennent la totalité des soins et aussi la communication et les enseignements, les déplacements
Dialyse à domicile	Relevé des temps réels	Sur base des heures de sorties (déplacement aller-retour + temps de prise en charge) des années 2010 et 2011 Les preuves au dossier doivent pouvoir être identifiées.

L'établissement remplira un formulaire relatif à ses activités dialyse 2011 et ses activités prévisionnelles 2013 et 2014 qui sera à remettre à l'EHL et au CRP-Santé- SASSS.

Aux temps ci-dessus s'ajoutent les temps supplémentaires : (sur base d'une moyenne de patients des années 2010 et 2011) sous réserve de la validation des contenus des prises en charge par la Commission des Normes avant le 31.12.2012

L'application du cadre d'enseignement défini au plan national sera nécessaire.

Prise en charge des patients en consultation pré-dialyse : 10 heures par patient
Prise en charge des patients en consultation pré-greffe : 105 minutes par patient
Prise en charge des patients en consultation post-greffe : 22 minutes par séance (relevé des séances sera à fournir)
Prise en charge du nouveau collaborateur (NC) : maximum 300 heures par NC basé sur une évaluation des connaissances à l'entrée

Pour les activités de gestion de l'unité de dialyse, un **forfait ETP de cadre de proximité** est retenu basé sur le nombre total de dialyses prévues :

Pour 2013 et 2014 :

1,5 ETP si plus de 10 000 dialyses par année
1,0 ETP si entre 5 000 et 10 000 dialyses par année
0,75 ETP si moins de 5 000 dialyses par année

**NORMALISATION DU PERSONNEL DES SERVICES
DE CHIMIOThÉRAPIE AMBULATOIRE
Pour 2013 et 2014**

L'application de cette norme induit :

- la validation préalable des données d'activité servant au calcul
- les établissements hospitaliers ayant une polyclinique de chimiothérapie ambulatoire enregistreront selon les modalités définies par la Commission des Normes, les activités relatives aux personnes soignées prises en charge dans le cadre de cette polyclinique de chimiothérapie ambulatoire.
- l'audit des soins requis des patients sur base du dossier de la personne soignée sur le logiciel PAC en référence au guide MCT-Chimio.
- le classement des patients audités dans une des catégories suivantes :
 - patient ayant eu une cure de chimiothérapie ce jour : polyclinique chimiothérapie
 - patient venu pour surveillance oncologique (entre cures ou entre séances , sans traitement par chimiothérapie ce jour, ayant juste eu un contrôle ou un examen médical ou des soins infirmiers ce jour) : polyclinique oncologique
 - patient pris en charge pour un autre problème de santé qu'un problème oncologique (ex : traitement lourd et coûteux) : polyclinique générale
- la validation des données enregistrées

Les calculs des effectifs 2013 et 2014 de Polyclinique de Chimiothérapie Ambulatoire se font sur base de :

- la moyenne des minutes des Soins Directs et Indirects, validées, pour chaque catégorie, issues de l'audit 2011 de Polyclinique de Chimiothérapie Ambulatoire.
- 7 minutes de CSPS (Communication au Sujet de la Personne Soignée) octroyées par passage, quel que soit le type de passage.
- 7,7 minutes de tabelles octroyées par passage quel que soit le type de passage :
 - Activités Administratives : 2 minutes par passage
 - Activités d'Entretien : 2,7 minutes par passage
 - Déplacements Internes : 3 minutes par passage
- nombre de passages / catégorie négociés pour l'année 2013 et 2014
- Taux PRN chimiothérapie 100% avec correction intégrale de validation.

NORMALISATION de l'Hôpital de Jour en Rééducation Gériatrique Pour 2013 et 2014

Les établissements ayant dans le plan hospitalier la mission de rééducation gériatrique et ayant ouvert un hôpital de jour en rééducation gériatrique pourront en 2013 et 2014 bénéficier de la norme Hôpital de Jour de Rééducation Gériatrique qui sera de 3,9 ETP qui devra comprendre majoritairement les compétences de Kinésithérapeute et d'Ergothérapeute.

L'application de la norme induit pour l'établissement l'obligation de fournir un rapport d'activités annuel dont le contenu sera défini en 2013 par la plate forme de rééducation du Ministère de la Santé.

NORMALISATION de l'Equipe mobile d'assessment gériatrique Pour 2013 et 2014

Les établissements hospitaliers qui selon le plan hospitalier doivent avoir un service de gériatrie aigüe et qui ont recruté un médecin gériatre pour réaliser une évaluation gériatrique systématique et standardisée des personnes âgées de plus de 80 ans entrées dans l'établissement pour un séjour stationnaire, pourront bénéficier d'une dotation d'équipe mobile d'assessment gériatrique pour soutenir l'activité du médecin gériatre, si les preuves de l'assessment sont retrouvées au dossier du patient et si l'assessment réalisé est conforme aux recommandations internationales en cette matière.

La dotation attribuée sera de 1,5 ETP, dont 1 ETP avec la carrière ES 5.0 et 0,5 ETP avec la carrière ES2.0

**DOTATION POUR TRAVAILLEUR HANDICAPÉ RECONNU PAR LE STH
Pour 2013 et 2014**

Sera pris en considération pour **60 % ETP**

- Un travailleur handicapé reconnu officiellement par le STH

aux conditions d'application citées ci-après

- l'établissement hospitalier fournit à la CNS la liste des travailleurs handicapés reconnus par le STH,
- la participation financière du STH est présentée dans le budget comme recette en atténuation des frais de personnel
- l'établissement hospitalier ne pourra faire aucune autre demande à la CNS relative à la perte de productivité du travailleur handicapé, la nécessité d'encadrement, l'aménagement du poste de travail, l'augmentation du nombre de congés légaux
- l'établissement hospitalier fournit un formulaire pour chaque travailleur handicapé dont le modèle est présenté ci-après.

Remarque :

Dans le cas individuel d'un travailleur handicapé ayant une réduction de son activité estimée par l'établissement à plus de 40 %, l'établissement hospitalier pourra dans la négociation individuelle avec la CNS présenter un dossier complet et une demande de réduction d'activité supérieure à 40 %.

L'établissement aura la possibilité, lors de la décision des autorités compétentes de classement d'un travailleur comme travailleur handicapé en cours d'exercice budgétaire, de réaliser une demande de rectification en cours d'exercice (en utilisant le formulaire de la page suivante).

La CNS procédera à la régularisation lors du décompte de fin d'exercice.



Luxembourg, le

FORMULAIRE DE DECLARATION BUDGET CNS D'UN TRAVAILLEUR HANDICAPE

ANNEE BUDGETAIRE 2013 et 2014

NOM du travailleur handicapé :

Prénom :

Reconnaissance STH du :

Type de handicap :

Titre du poste occupé :

Centre de frais d'affectation :

Description du poste occupé :

Aménagement ergonomique du poste de travail :

Encadrement particulier du Travailleur Handicapé :

Prise en charge financière par le STH :

Fait à :

Signature Direction :

FORMATION CONTINUE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET LOGISTIQUE

15 Heures de Formation Continue par ETP seront intégrées dans la méthode d'adaptation des fourchettes utilisées par la CNS pour les services administratifs et logistiques pour le budget 2013 et 2014.

METHODOLOGIE DE CALCUL DES EFFECTIFS DES USN et USI pour 2013 et 2014

1. Afin d'harmoniser les méthodes de calcul utilisées par l'EHL et la CNS, facilitant ainsi les négociations budgétaires, les calculs d'effectif se font sur base
 - de la moyenne des minutes (soins directs + soins indirects + CSB) patient partiel et patient complet obtenues par la méthode PRN pendant les audits 2010 et 2011 validés recalculées sur base de la méthode corrigée des journées partielles
 - Ajout d'un forfait de 1% pour le journal de bord sur le total en minutes SDI + CSB + AAED
 - du nombre de journées négociées réparties par unité pour l'année 2013 et 2014.
 - du nombre de patients négociés répartis par unité pour l'année 2013 et 2014, à savoir le nombre de personnes entrées directement dans l'unité ainsi que les transferts réanimation et les entrées et sorties le jour-même
 - de la table AAED calculée sur base de la négociation d'activités 2013 et 2014.
2. Le nombre d'ETP calculé ne prend pas en considération la notion de dotation minimale, notamment pour les petites unités sauf pour les services de psychiatrie fermée
3. L'arrondi par jour dans le calcul des ETP est supprimé.
4. Pas d'arrondi annuel dans le calcul des ETP par unité
5. Le résultat final pour l'ensemble des unités de l'établissement hospitalier est arrondi au quart supérieur
1. La méthodologie n°4 Tilquin de correction des Journées partielles est appliquée
7. La table AAED n'est plus appliquée le jour de sortie

EXEMPLE de tableau à fournir par les établissements à l'EHL pour le calcul des effectifs :

1 Unité	2 Moyenne Minutes Patient Complet 2010, 2011	3 Moyenne Minutes Patient Partiel 2010, 2011	4 Journées facturées 2011	5**** Patients entrés + transferts réa 2011	6**** Entrées et Sorties Jour- Même 2011	7 Négociation 2013 ou 2014 Journées à Facturer	8**** Négociation 2013 ou 2014 Patients + transferts de réa	9**** Négociation 2013 ou 2014 Entrées et Sorties le Jour Même
------------	--	--	------------------------------------	--	--	--	--	---

Remarque sur la méthodologie de calcul**:**

Dans la case 5, noter le nombre de patients entrés en 2011 dans l'unité par entrée directe, et transferts, y compris les entrées et sorties le jour-même.

Dans la case 6, noter le nombre de patients entrés et sortis le jour-même en 2011 dans l'unité .

Dans la case 8, noter le nombre de patients prévus dans l'unité en 2013 ou 2014 par entrée directe et par transferts, y compris les entrées et sorties le jour-même.

Dans la case 9, noter le nombre de patients prévus en 2013 ou 2014 en entrée et sortie le jour-même dans l'unité.

Les formules de calcul seront en 2013 et 2014:

Nombre de Journées Complètes pour 2013 ou 2014 = Case 7 - Case 8 = Journées Facturées Prévues - Toutes les Admissions prévues

Nombre de Journées Partielles pour 2013 ou 2014 = 2 fois la Case 8 - 1 fois la Case 9
= 2 fois (les entrées directes et transferts prévus y compris les entrées et sorties le jour-même) - 1 fois les entrées et sorties le jour-même

Les minutes de soins prises en considération pour le calcul budgétaire des effectifs seront la moyenne des minutes de soins directs et indirects validées des années 2010 et 2011, recalculées sur base de la méthodologie corrigée des journées partielles.

La méthodologie suivante sera appliquée au calcul des minutes des Journées partielles :

A) Calcul des 3 moyennes sur base des 3 échantillons
que constituent les patients partiels.

Type de Patients	Minutes Moyennes Auditées	Nombre de Patients Audités	Indice*
ESJM	M1	N1	
Sortie	M2	N2	I2
Entrée	M3	N3	I3

* L'indice sert à éviter de tronquer la moyenne lorsqu'une des catégories est égale à zéro.
L'indice est à 0 si N est à 0 et il est égal à 1 si N est différent de zéro.

B) Calcul du Patient Partiel.

$$\text{Patient Partiel} = \frac{(M1 * N1) + M2 * \frac{(N2 + N3)}{(I2 + I3)} + M3 * \frac{(N2 + N3)}{(I2 + I3)}}{(N1 + N2 + N3)}$$

Méthodologie de calcul et d'application du facteur de correction budgétaire suite à la validation de l'audit PRN:**Les éléments de calcul sont les suivants :**

- le nombre de points audités : il s'agit du nombre de points audités par l'infirmier auditeur pour l'ensemble de l'échantillon de dossiers qui a fait l'objet d'une validation

- le nombre de points validés : il s'agit du nombre de points cotés par Eros sur l'échantillon de dossiers validés par leurs soins
- l'écart entre les points audités par l'infirmier auditeur et les points validés par Eros

La méthodologie de détermination du pourcentage de sur- ou souscotation est la suivante :

- le pourcentage de sur-cotation ou sous-cotation : le pourcentage d'écart entre les points audités par l'infirmier auditeur et les points validés par Eros. Il se calcule : nombre de points d'écart, divisé par le nombre de points validés, multiplié par 100
- le pourcentage de correction budgétaire : le pourcentage d'écart par rapport aux chiffres de l'infirmier auditeur qui ont servi au premier calcul de dotation. Il se calcule : nombre de points d'écart, divisé par le nombre de points audités, multiplié par 100.

Les modalités d'application pour la correction budgétaire sont les suivantes :

Le pourcentage de sur ou souscotation entraîne ou non la correction budgétaire.

Si l'écart est inférieur à - 5 % ou supérieur à +5 % alors le pourcentage de correction budgétaire est appliqué aux calculs budgétaires réalisés avant validation.

La correction est appliquée par type d'unité : USN (à l'exception des unités avec dotation de sécurité, notamment les psychiatries fermés, juvénile, pédopsychiatrie et unité pour placés judiciaires), USI, longue durée, rééducation fonctionnelle.

Spécificités au niveau de la méthodologie de calcul pour les services de pédiatrie et de néonatalogie de type « soins normaux » :

Sont concernés les services de pédiatrie du CHEM, CHL, CHdN et CHK ainsi que le service de néonatalogie de CHK.

L'application de cette norme nécessite une comptabilisation séparée des UO en JH, du nombre de patients et du nombre de ESJM des patients de pédiatrie (inférieur à 15 ans) .

- Les journées facturés, le nombre de patients et les ESJM pour les patients de pédiatrie (inférieur à 15 ans) sont augmentés de 30% par rapport à l'activité prévue pour ces patients de pédiatrie.
- Les tabelles AAED ne seront pas appliquées aux journées fictives, mais appliqués uniquement sur les journées réelles.
- Cette augmentation fictive sera appliquée tant que les dotations à 82% qui en résultent ne dépassent pas une dotation journalière de 2-2-2 (plafond de dotation). Si ce calcul avec augmentation fictive dépasse cette dotation alors sera appliquée la dotation 2-2-2.
- S'il y a application de cette norme, le pourcentage retenu pour le journal de bord n'est pas d'application.

Deux calculs seront réalisés :

Calcul 1 : sur base des projections réelles

Calcul 2 : sur base de l'accroissement fictif de l'activité

**DOTATION PRN
UNITES D'HOSPITALISATION DES SOINS NORMAUX
Pour 2013 et 2014**

La dotation PRN retenue pour 2013 et 2014 est :

82 % des résultats effectif PRN

(SDI validés + CSB + AAED) en ajoutant **1%** à cette somme pour forfait Journal de Bord

**FOURCHETTE PRN
UNITES D'HOSPITALISATION DES SOINS INTENSIFS
Pour 2013 et 2014**

La dotation PRN retenue en USI pour 2013 et 2014 est :

Fourchette de 90 à 110 % des résultats effectif PRN

(SDI validés + CSB + AAED) en ajoutant **1%** des résultats à 100% à cette somme pour forfait Journal de Bord

ATTENTION :

Les établissements doivent répartir sur le formulaire du personnel les effectifs USI en prenant garde de mettre avec exactitude dans la case USI les seuls ETP affectés à l'USI. Tous les ETP s'occupant de la salle de réveil, des urgences, du SAMU, Anesthésie ou autres doivent être affectés sur le formulaire du personnel aux fonctionnalités concernées.

Note complémentaire :

**L'audit PRN avec la version 6.0 sera continué en 2013 et 2014.
Pour les budgets 2013 et 2014 seront utilisés les résultats des minutes de soins des années auditées et validées 2010 et 2011.**

NORME DE DOTATION DES SERVICES ADMINISTRATIFS Pour 2013 et 2014

En cas d'absence de norme basée sur une méthodologie différente, cette norme sera gelée en termes de dotations sur base de l'accordé 2012 indépendamment de l'évolution de l'activité y relative .

La CNS appliquera pour la négociation des effectifs des services administratifs des hôpitaux aigus la méthodologie suivante :

- les services informatique, archives, conciergerie seront dotés par négociation entre la CNS et l'établissement, en l'absence de normes
- les autres services administratifs seront dotés sur base de la méthodologie ci-dessous.. Cette méthodologie prend pour référentiel l'ensemble de l'activité hospitalière.

Les bornes de la fourchette de dotation sont calculées selon les formules :

Bornes supérieures :

$$2013 \text{ et } 2014 : \text{ETP} = (5,81 + 0,40 * \text{adm}/1000 + 0,067 * \text{mt}/1000) * 1,1 * 1,04520$$

Bornes inférieures :

$$2013 \text{ et } 2014 : \text{ETP} = (5,81 + 0,40 * \text{adm}/1000 + 0,067 * \text{mt}/1000) * 0,9 * 1,04520$$

Avec adm : Nombre d'admissions stationnaires
mt : Nombre total des unités d'œuvre de toutes les entités, sauf hospitalisation soins normaux et soins intensifs

Le facteur 1,04520 tient compte de la réduction du temps de travail entre 1996 et 2013/2014 : $(1 + (1619 - 1548,98) / 1548,98)$
Les bornes sont à considérer comme normes applicables.

Remarques :

1. En cas de sous-traitance d'une partie des services administratifs, la dotation réelle des services administratifs est ajustée en fonction de l'importance du contrat de sous-traitance.
2. Pour le CHL, la répartition du personnel entre partie hospitalière et partie médicale fera l'objet de la négociation
3. La dotation des services administratifs des établissements de moyen séjour est négociée individuellement.

NORMES DE DOTATION DES DATA-MANAGERS POUR LE REGISTRE NATIONAL DES CANCERS (RNC), LE REGISTRE HOSPITALIER DES CANCERS (RHC) ET LA REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE (RCP) POUR 2013 ET 2014

Est insérée dans la fonctionnalité 2 (staff de direction) une norme de dotation pour le Data-Manager pour le RNC, le RHC et la RCP.

Cette norme repose sur le nombre estimé de cancers pris en charge par l'établissement.

Le temps pour la gestion d'un dossier de patient cancéreux a été défini selon les expériences internationales à 60 minutes par cas.

Le temps pour la collecte des données de suivi a été défini à 20 minutes selon les expériences internationales par année par cas.

Un temps de formation a été fixé à 200 heures par an.

Un temps de 20h par personne par an a été fixé pour les réunions de concertation nationale au CHL et au CHEM et de 10h par mois par personne dans les autres établissements.

La norme sera ré-évaluée au bout de deux ans de mise en œuvre du RNC afin de s'ajuster aux besoins.

Elle est conditionnée à la fourniture des données vers le RNC par l'établissement hospitalier selon les fréquences définies sur le plan national.

Elle est conditionnée à la participation à la formation nationale du Data Manager RNC.

La norme suivante est arrêtée :

Hôpital	Norme
CHL	1 ETP
CHEM	1 ETP
CHdN	0,5 ETP
HK- Bohler	0,5 ETP
Zithaklinik	0,5 ETP
CFB	0,3 ETP

Remarque :

- La carrière de référence pour la détermination du coût salarial du Data-Managers RNC, RHC, RCP lors des négociations budgétaires est la carrière ES 5.0
- Cette norme induit l'application du référentiel de fonction y relative annexé au présent document

NORMES DE DOTATION DES SERVICES MEDICO-TECHNIQUES ET LOGISTIQUES Pour 2013 et 2014

La CNS utilisera pour la négociation des effectifs des services médico-techniques, des services logistiques, des normes de dotation avec des valeurs seuils par groupe d'hôpitaux, dans l'attente d'outils de mesure de charge de travail plus précis ou de dotation sur base d'indicateurs d'activité.

La grille des normes de dotation qui seront utilisées se trouve à la page suivante.

Les normes de dotation pour les secteurs logistiques sont calculées sur base de l'activité totale de l'établissement, c'est-à-dire l'activité hospitalisation et l'activité ambulatoire.

Des normes de dotation différentes sont fixées :

1. pour les hôpitaux de garde SAMU
2. pour les autres hôpitaux

Les normes de dotation ne s'appliquent pas pour CFB, Haus Omega et INCCI.

Lorsqu'il n'y a qu'une valeur seuil, celle-ci s'applique à l'ensemble des établissements hospitaliers possédant ce type de fonctionnalité.

L'application de la norme de dotation peut être contestée par l'établissement sur base d'un dossier argumentatif précis en regard de l'activité hospitalière réelle (ex : type d'activité et quantité d'activité).

Normes applicables pour le calcul de certaines dotations en personnel en 2013 et 2014

Facteur de réduction du temps de travail entre 1996 et 2013 resp 2014:
1508,62 / 1574 pour le personnel soignant des unités médico-techniques
1522,99/ 1619 pour le personnel logistique

Fonctionnalité Critère Laboratoire

Remarques :

- La CNO souhaite des établissements hospitaliers concernés l'application du principe de prudence au niveau de la gestion des ressources humaines dans cette fonctionnalité. Les responsables des hôpitaux devront analyser le besoin d'un remplacement définitif de postes de laborantin ou d'ATM de laboratoire devenant vacants en 2013 et 2014 soit pour des départs volontaires, soit pour des départs en retraite, compte tenu des difficultés de reclassements internes.
- Les hôpitaux – au moment du dépôt de la demande budgétaire 2013/2014 - devront fournir un listing complet et spécifique « LABOS » (cf. formulaire annexé à la présente à remplir) de la situation réelle des personnels affectés au laboratoire au 1^{er} janvier 2012 avec le taux d'occupation ainsi que la qualification par personne. De plus, les hôpitaux devront fournir la réduction en personnel de laboratoire opérée en moyenne annuelle en 2011 et 2012 au sein de l'établissement ainsi que le plan de réduction planifié pour 2013 et 2014 pour adapter le nombre d'ETP à l'évolution des activités hospitalières budgétisées en tenant compte des techniques et équipements de laboratoire utilisés..

En cas d'absence de normes basées sur une méthodologie différente, les normes ci-dessous seront gelées en termes de dotations sur base de l'accordé 2012 indépendamment de l'évolution de l'activité y relative.

		<u>2013/2014</u>
<u>Imagerie médicale</u>	<i>Nombre de passages par jour par ETP</i>	
	hôpitaux de garde SAMU	7,358
	autres hôpitaux	9,349
<u>Kinésithérapie</u>	<i>Nombre de passages par jour par ETP</i>	12,28
<u>Policlinique (*)</u>	<i>Nombre de passages par jour par ETP</i>	
	hôpitaux de garde SAMU	8,498
	autres hôpitaux	9,939
<u>Ateliers, jardin</u>	<i>Nombre de lits par ETP</i>	
	hôpitaux de garde SAMU	27,36
	autres hôpitaux	38,335
<u>Cuisine</u>	<i>Unités alimentaires par an par ETP</i>	19771

(*) non comprise la lithotritie, la cardiologie interventionnelle, le caisson hyperbare et les disponibilités SAMU (5,81 ETP pour 2013 et 2014) ainsi que le centre de crise psychiatrie, la chimiothérapie ambulatoire, la policlinique endoscopique et l'hospitalisation provisoire

NORMALISATION POUR 2013 et 2014 POUR LA REPRESENTATION SYNDICALE Délégation du personnel et/ou Comité mixte

Le calcul de l'effectif complémentaire lié à la représentation syndicale se fera selon les modalités suivantes:

1. la référence pour les calculs doit être le nombre de personnes dans l'établissement qui a servi de base pour la détermination du nombre de délégués du personnel lors des élections sociales du **12 novembre 2008**.
2. la formule de calcul pour connaître les heures de délégation à donner dans l'établissement sera la suivante :

$$\frac{\text{Nombre de personnes Etablissement pour Elections Sociales} \times 8 \text{ h} \times 52 \text{ semaines}}{100}$$

3. la formule de calcul pour déterminer le nombre d'ETP pour assurer la fonction de délégation du personnel sera la suivante :

$$\frac{\text{heures de délégation point 2}}{\text{heures à travailler par agent}} = \text{nombre d'ETP délégation à payer par la CNS}$$

4. La formule de calcul pour déterminer le nombre d'ETP pour assurer les réunions de la Délégation du Personnel sera la suivante :

$$\frac{\text{Nombre de réunions annuelles (6 minimum) * Nombre de délégués (selon la taille de l'établissement) * Durée des réunions (3 h)}}{\text{Nombre d'heures à travailler par ETP}}$$

5. Dans les entreprises occupant entre 51 et 150 salariés, les membres titulaires ont droit à une deuxième semaine de travail de congé-formation par mandat, à charge de l'employeur : 38 heures par mandat (= 7,6 hrs par année) par délégué
6. Dans les entreprises occupant plus de 150 salariés, les membres titulaires ont droit à une semaine de travail de congé-formation par année, intégralement à charge de l'employeur : 38 heures par année par délégué
7. 50 h par mois à répartir sur les membres du groupe salarial du Comité Mixte (cf CCT 2001) des organisations syndicales signataires de la CCT
8. 38 h de congé-formation par an par délégué effectif ou suppléant des organisations syndicales signataires de la CCT

9. 38 h par mandat pour chaque délégué effectif des organisations syndicales signataires de la CCT à visée de formation continue pour l'acquisition des aptitudes en matière de télécommunication et informatique

10. Pour le (la) délégué(e) à l'égalité :

- 4 h **par semaine** si établissement hospitalier occupe plus de 150 travailleurs
- 10 h **par mois** si l'établissement hospitalier occupe entre 76 et 150 travailleurs
- 8 h **par mois** si l'établissement hospitalier occupe entre 51 et 76 travailleurs
- 6 h **par mois** si l'établissement hospitalier occupe entre 26 et 50 travailleurs
- 4 h **par mois** si l'établissement hospitalier occupe entre 15 et 25 travailleurs

Il faut ajouter aux heures ci-dessus 8 heures de congé-formation annuels par délégué(e) à l'égalité.

11. Pour le délégué à la sécurité :

Visite des lieux 1 fois par semaine à raison de 3 heures : 156 heures / an

Il faut ajouter aux heures ci-dessus 8 heures de congé-formation annuels par délégué(e) à la sécurité.

12. La formule de calcul pour déterminer le nombre d'ETP pour assurer la fonction de Comité Mixte sera la suivante :

$$\frac{\text{Nombre de réunions annuelles (4 minimum) * Nombre de délégués (6,8,ou 12 selon la taille de l'établissement + secrétaire) * Durée des réunions (3 h)}}{\text{Nombre d'heures à travailler par ETP}}$$

Les établissements devront donc renseigner la CNS sur la répartition des délégués du personnel actuels afin qu'ils ne soient pas inclus dans les effectifs PRN ou les fourchettes de dotation.

Exemple :

Suivant les formules précédentes l'établissement hospitalier a la valeur de 2, 25 ETP pour la délégation.

L'établissement hospitalier identifie pour la CNS:

- Centre de frais cuisine : 12 ETP dont 0, 50 ETP délégation = 11, 50 ETP
- Unité de Soins Intensifs : 15 ETP dont 0, 75 ETP délégation = 14, 25 ETP
- Service des Urgences : 10 ETP dont 0, 50 ETP délégation = 9, 50 ETP
- Bloc Opératoire : 25 ETP dont 0, 50 ETP délégation = 24, 50 ETP

NORMES à définir pour 2013/2014 et à finaliser avant le 31-12-2012

- **Equipes multidisciplinaires en Rééducation Gériatrique (Unités de soins, plateau technique et HJ)**
- **Fonctionnalités Policliniques et Urgences**
- **Fonctionnalité Stérilisation**
- **Fonctionnalité Services administratifs**
- **Fonctionnalité Pré-Hospitalisation**
- **Fonctionnalité Imagerie Médicale (Médecine nucléaire et IRM comprise)**
- **Fonctionnalité Kinésithérapie**
- **Equipes antennes mobiles « Soins palliatifs »**
- **Cellule de Documentation Hospitalière: une norme sera déterminée dès connaissance du modèle d'organisation qui sera retenu par les instances habilitées.**

Remarque :

- **Si la Commission des Normes trouve un accord pour une norme de la liste ci-dessus avant le 31/12/2012, cette norme sera d'application pour 2013 respectivement 2014.**
- **Son application se fera en référence à la convention cadre CNS-EHL qui sera signée courant 2012.**
- **Seule la norme relative à la Cellule de Documentation Hospitalière pourrait être appliquée en 2013 ou 2014 même si sa détermination a été faite après le 31-12-2012, étant donné que cette entité est considérée comme essentielle pour la réforme du système de santé.**

FORMULAIRE DU PERSONNEL 2013 et 2014

Les établissements devront fournir à la CNS pour les budgets 2013 et 2014:

1. le formulaire reprenant les carrières et les centres de frais en indiquant :

- le nombre d'ETP réel au 31.12.2011
- le nombre d'ETP prévu au 31.12.2012
- le nombre d'ETP demandé pour le 1.1.2013 et 2014

2. le formulaire de classement des ETP selon les fonctionnalités et indiquant par fonctionnalité:

- le centre de frais d'imputation pour le budget 2013 et 2014
- le nombre d'ETP accordés en 2011
- le nombre d'ETP réels en moyenne en 2011
- le nombre d'ETP accordés en 2012
- le nombre d'ETP prévus en 2013 et 2014

3. le nombre d'ETP par mois pour l'année 2011 permettant d'établir la moyenne mensuelle

Remarque :

Le nombre d'ETP correspond au nombre de contrats effectivement rémunérés exprimés en fraction de contrats à temps complet. Il ne doit pas comprendre les personnes en congés sans solde, les personnes en congés de maladie longue durée, les personnes en congés de maternité, les personnes en dispense de service pour lesquelles l'établissement hospitalier est remboursé.

FORMULAIRES RECENSEMENT LABORATOIRE

ETP Laboratoire 2011

Matricule Salarié	Initiales	Taux Occupation	Qualification	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Octobre	Nov.	Déc.	Moy. Annuel.
12034	XY	50%	ATM Labo	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
7526	XA	100%	Infirmière	1	1	1	1	arrêt								0,33
8945	XB	75%	ATM Labo	1	1	1	1	1	dispense	dispense	dispense	dispense	dispense	dispense	dispense	0,42
99932	XC	100%	ATM Labo	1	1	1	1	CMAT	CMAT	CMAT	CMAT	Callaitem	0,5	0,5	0,5	0,46
TOTAL		3,25 ETP		3,5	3,5	3,5	3,5	1,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1	1	1,7

Légende

Matricule salarié: inscrire le matricule institutionnel du salarié dans l'hôpital

Initiales: inscrire les initiales du Nom de naissance et du prénom

Taux occupation: inscrire le taux d'occupation au 01-01-2011

Qualification: inscrire la qualification sous laquelle le salarié exerce au sein du laboratoire

Mois: inscrire la valeur ETP occupée pendant le mois

Arrêt: noter arrêt si la personne part de l'hôpital par cessation ou rupture de contrat ou si elle part en pension

Dispense: noter si la personne est mise en dispense pour raison de maternité

CMAT: noter si la personne part en congé de maternité

Callait: noter si la personne bénéficie du congé allaitement



entente des hôpitaux
luxembourgeois
sylvain.vitali@ehl.lu

En collaboration des cellules d'experts



CENTRE DE RECHERCHE PUBLIC

CENTRE D'ÉTUDES EN SANTÉ

marie-lise.lair@crp-santé.lu

ETP Laboratoire 2012

Matricule Salarié	Initiales	Taux Occupation	Qualification	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Octobre	Nov.	Déc.	Moy. Annuel.
12034	XY	50%	ATM Labo	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
7526	XA	100%	Infirmière	1	1	1	1	arrêt								0,33
8945	XB	75%	ATM Labo	1	1	1	1	1	dispense	dispense	dispense	dispense	dispense	dispense	dispense	0,42
99932	XC	100%	ATM Labo	1	1	1	1	CMAT	CMAT	CMAT	CMAT	Callaitem	0,5	0,5	0,5	0,46
TOTAL		3,25 ETP		3,5	3,5	3,5	3,5	1,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1	1	1,7

Légende

Matricule salarié: inscrire le matricule institutionnel du salarié dans l'hôpital

Initiales: inscrire les initiales du Nom de naissance et du prénom

Taux occupation: inscrire le taux d'occupation au 01-01-2011

Qualification: inscrire la qualification sous laquelle le salarié exerce au sein du laboratoire

Mois: inscrire la valeur ETP occupée pendant le mois

Arrêt: noter arrêt si la personne part de l'hôpital par cessation ou rupture de contrat ou si elle part en pension

Dispense: noter si la personne est mise en dispense pour raison de maternité

CMAT: noter si la personne part en congé de maternité

Callait: noter si la personne bénéficie du congé allaitement

ETP Laboratoire 2013/2014

ETP 2010 Labo accordés	ETP 2011 Labo accordés	ETP 2012 Labo accordés	ETP 2010 Labo réels	ETP 2011 Labo réels	ETP 2013 prévus	ETP 2014 prévus
10 ETP	10 ETP	10 ETP	9 ETP	8,5 ETP	8 ETP	8,25 ETP