

Compte-rendu de la CPH du 31 octobre 2025

Présences		P	E
Dr Jean-Claude Schmit	Président de la CPH – Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (M3S)	X	
M. Gilles Zangerlé	Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (M3S)		x
M. Thomas Dominique	Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (M3S)	X	
Dr Gérard Holbach	Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (M3S)		X
(s) Dr Juliana D'Alimonte	Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (M3S)	X	
(s) M. Georg Adelmann	Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (M3S)	X	
(s) Mme Sonja Trierweiler	Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (M3S)		X
(s) Dr Raoul Hartert	Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (M3S)	X	
M. Serge Hoffmann	Ministère des Finances (MFIN)		X
(s) Mme Cynthia Monteiro	Ministère des Finances (MFIN)	X	
M. J. Balanzategui	Caisse nationale de santé (CNS)	X	
(s) M. Cédric Neiens	Caisse nationale de santé (CNS)	X	
M. Carlos Pereira	Caisse nationale de santé (CNS)		X
(s) Maryse Tarafino	Caisse nationale de santé (CNS)		X
Mme Fabienne Lang	Caisse nationale de santé (CNS)	X	
(s) Mme Fabienne Colling	Caisse nationale de santé (CNS)	X	
Dr René Metz	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL)	X	
Dr. Martine Goergen	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL)	X	
Mme Nathalie Chojnacki	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL)		X
(s) Dr Marc Berna	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL)	X	
Dr Bruno Pereira	Association des Médecins et Médecins-dentistes (AMMD)	X	
(s) Dr Marc Schmit	Association des Médecins et Médecins-dentistes (AMMD)	X	
M. Sergio Da Conceicao	Conseil supérieur de certaines professions de la santé (CSCPS)	X	
(s) M. Oliver Koch	Conseil supérieur de certaines professions de la santé (CSCPS)	X	
M. Jean-Paul Freichel	Commissaire du Gouvernement aux Hôpitaux	X	
Mme Myriam Recken	Secrétaire de la CPH – Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (M3S)	X	
(s) Mme Éveline Santos	Secrétaire de la CPH – Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (M3S)	X	
(s) suppléant	Présent / Excusé		

Conformément à l'art. 4 du règlement grand-ducal du 2 février 1994, le nombre minimum de 7 membres de la CPH présents est atteint pour pouvoir délibérer valablement.

Invités : Dr Mzabi, Dr Stelmes, (Direction de la santé)

Ordre du jour :

1. Approbation de l'ordre du jour
2. Approbation du compte rendu de la réunion du 26 septembre 2025
3. Avis approuvés par courriel en date du 15 octobre 2025
 - 3.1. HRS / CHdN – Site CHdN Wiltz – demande d'autorisation pour l'exploitation d'un hôpital de jour dans le cadre d'une antenne du Service National de psychiatrie juvénile

4. Projets d'avis

- 4.1. Projet de loi 8575 portant modification la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière
5. Projet de règlement grand-ducal portant modification du règlement grand-ducal modifié du 25 janvier 2019 déterminant les exigences et les normes auxquelles doivent répondre les services hospitaliers d'urgence des hôpitaux et le service hospitalier national d'urgence pédiatrique - pour discussion
6. Demandes de prorogation des autorisations d'exploitation au 1^{er} janvier 2026 des établissements aigus et spécialisés – présentation de l'analyse des demandes

Vue synthétique des demandes de services généraux, optionnels et nationaux

7. Divers

1. Approbation de l'ordre du jour

Le président souhaite la bienvenue aux nouveaux membres de la CPH.

Un représentant de la CNS demande s'il est prévu d'approuver l'avis sur le projet de loi 8575 et de donner un avis sur les autorisations d'exploitations dans une même séance de la CPH. Selon lui il est contradictoire d'autoriser des lits sur base d'une loi qui n'est pas encore votée. Par ailleurs cette façon de procéder remet en question l'utilité de la CPH.

Le président confirme que le projet de loi modifiant la loi hospitalière n'a effectivement pas encore été voté. Mais la CPH ne donne qu'un avis et la Ministre prendra sa décision sur les prorogations une fois que la loi sera votée.

Le Commissaire du Gouvernement explique que le Gouvernement a déposé des amendements au projet de loi 8575. Il propose de discuter les amendements lors de cette séance et de préparer un projet d'avis commun sur le projet de loi et sur les amendements pour la CPH du 14 novembre. L'avis de la FHL sur le projet de loi devrait également être disponible pour cette date.

Lors de la présente séance il est prévu de présenter la répartition des lits hospitaliers par service hospitalier dans le cadre de la prorogation des autorisations d'exploitation. Le projet d'avis de la CPH sera discuté lors de la séance du 14 novembre. Le M3S ne finalisera les prorogations qu'après le vote du projet de loi qui prévoit d'augmenter le nombre maximal de lits autorisables pour certains services ainsi que d'autoriser l'utilisation transitoire des lits de réserve en dehors d'une situation de crise. Les autorisations d'exploitation devant être prorogées au 1^{er} janvier 2026 ne concernent que ponctuellement pour quatre services le nombre maximal de lits actuellement autorisables. Les avis pris par la CPH anticipent le vote du projet de loi.

Le représentant de la CNS rappelle que l'avis de la CNS sur le projet de loi diffère de celui de la CPH en raison de la situation financière difficile.

L'ordre du jour est approuvé.

2. Approbation du compte rendu de la réunion du 26 septembre 2025

Le compte rendu de la réunion du 26 septembre 2025 est approuvé.

3. Avis approuvé par courriel en date du 15 octobre 2025

3.1. HRS / CHdN – Site CHdN Wiltz – demande d'autorisation pour l'exploitation d'un hôpital de jour dans le cadre d'une antenne du Service National de psychiatrie juvénile

Comme retenu lors de la séance du 26 septembre 2025 un projet d'avis amendé a été envoyé pour approbation aux membres de la CPH. Ce projet d'avis a été approuvé par courriel en date du 15 octobre. L'avis prévoit que l'antenne du Service national doit être demandée par les HRS dans le cadre de leur demande d'autorisation d'exploitation et le projet de service doit être cohérent par rapport au projet de service du site principal. Le M3S attend la mise à jour du dossier de demande d'autorisation de l'antenne de la part des HRS.

4. Projets d'avis

4.1 Projet de loi 8575 portant modification la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Le Commissaire du Gouvernement explique brièvement que l'amendement gouvernemental au projet de loi 8575 a pour objet d'élargir le champ d'application de la loi hospitalière en permettant des interventions chirurgicales ambulatoires de moindre complexité en dermatologie et en ophtalmologie nécessitant une surveillance du patient en hôpital de jour chirurgical dans le cadre d'antennes de services sur des sites supplémentaires.

Un représentant de l'AMMD s'interroge sur le financement de ces activités.

Le Commissaire du Gouvernement évoque que ces activités seront financées selon le même principe que les autres activités proposées dans les antennes. Des forfaits seront négociés avec la CNS. Les surfaces et les équipements seront financés par l'Etat.

Un représentant de la CNS précise que les frais d'infrastructures seront remboursés à la CNS par l'Etat sur base d'un décompte en fin d'année.

Un autre représentant de la CNS demande quel est la définition d'un hôpital de jour chirurgical et quel type d'activité peut y être réalisé.

Le Commissaire du Gouvernement explique brièvement que l'hôpital de jour chirurgical est un service hospitalier assurant la surveillance des patients après des interventions chirurgicales programmées. La durée de surveillance n'excède pas douze heures et ne donnent pas lieu à une nuitée. Le service exerce donc une activité de surveillance après une intervention chirurgicale ambulatoire.

Un représentant de l'AMMD précise que tout acte peut y être réalisé pour lequel le patient ne doit pas rester hospitalisé une nuit à l'hôpital. Il demande si un calcul a été réalisé pour chiffrer les économies potentielles de ce système.

Un représentant de la FHL rajoute que les forfaits pour ces activités en hôpital de jour n'ont pas encore été fixés. Pour les actes d'imagerie médicale réalisés dans les antennes les tarifs sont légèrement inférieurs par rapport à ceux facturés dans un établissement hospitalier.

Un représentant du M3S renvoie à l'annexe 2 de la loi hospitalière qui donne une définition du service hospitalisation de jour chirurgical et non-chirurgical. Le financement se fait par forfaits. L'infrastructure est financée à hauteur de 80% par l'Etat. Le financement des autres dépenses est variable.

Un représentant de la CNS remarque qu'il est difficile de chiffrer à l'avance les dépenses qui seront engendrées par une telle activité, à part pour le volet infrastructure. Il est d'avis que l'autorisation des hôpitaux de jour dans le cadre d'antennes de service est trop précipitée à ce stade.

Un représentant de la FHL propose de définir et d'appliquer, comme pour les actes d'imagerie dans les antennes, des critères de qualité. L'acte le plus fréquemment réalisé en hôpital de jour est certainement l'opération de la cataracte.

Selon un représentant du M3S ceci est le reflet du virage ambulatoire. La création d'hôpitaux de jour dans des antennes est plus rapide, plus flexible et moins chère. Leur financement se fera par amortissement ou location de surfaces disponibles. Si les sites sont disponibles, ces hôpitaux de jour ne génèrent pas de surcoûts. La prise en charge ambulatoire sera favorisée et l'activité sera déconnectée du stress en milieu hospitalier. Il remarque que l'augmentation des coûts est liée à l'augmentation d'activité due au vieillissement de la population. Cette approche devrait permettre de limiter les surcoûts.

Selon un représentant de l'AMMD d'un point de vue médical la création de ces antennes est plus efficiente et plus rapide. Elles permettront de réduire les délais d'attente, ce qui a une influence positive sur le pronostic du patient. Il souligne que le volet extrahospitalier doit être pris en considération lors de la fixation de l'EBG car ces antennes permettront de réduire les coûts du secteur hospitalier. Il demande quel est le cadre légal pour le financement de ces activités extrahospitalières.

Un représentant du M3S souligne que le but n'est pas nécessairement de réduire les coûts mais de limiter les surcoûts. L'article 20bis de la loi hospitalière règle le financement de l'activité extrahospitalière : l'Etat prend en charge 80% des amortissements ou frais de location des infrastructures et des équipements inclus dans les forfaits finançant l'activité des sites supplémentaires.

Le président propose de préparer un avis pour la séance du 14 novembre.

5. Projet de règlement grand-ducal portant modification du règlement grand-ducal modifié du 25 janvier 2019 déterminant les exigences et les normes auxquelles doivent répondre les services hospitaliers d'urgence des hôpitaux et le service hospitalier national d'urgence pédiatrique - pour discussion

Un expert de la DiSa présente les modifications proposées. Le projet de règlement grand-ducal a comme objectif de modifier le règlement grand-ducal modifié du 25 janvier 2019 qui prévoit la mise en place d'une garde parallèle des deux hôpitaux de la Ville de Luxembourg 24h/24 et 7j/7 à partir du 1^{er} janvier 2026. Une étude de la fréquentation des services d'urgence menée par la DiSa au sein du groupe de travail « Urgences » a montré que la mise en place d'une garde parallèle en continue n'est pas justifiée. A noter que le comité de gestion interhospitalière a validé les conclusions de cette étude et des propositions du

GT visant à garder le système de gardes actuellement en place, à savoir une garde parallèle diurne de 07h00 à 17h00 et une garde alternée nocturne de 17h00 à 07h00 pour les jours ouvrables ainsi qu'une garde alternée de 24h/24 par weekend et les jours fériés. En outre, aucune nouvelle date butoir ne sera retenue.

Sur demande d'un représentant de l'AMMD, il est retenu de mettre cette étude de la DiSa à disposition des membres de la CPH via la SharePoint.

Un représentant de la CNS demande si le terme « jours ouvrables » comprend les jours de lundi à vendredi ou de lundi à samedi. Le Commissaire du Gouvernement précise que les gardes alternées de 17h00 à 07h00 se font du lundi au vendredi et la garde alternée du weekend est assurée de vendredi soir 17h00 à lundi matin 07h00. Le président propose de le soulever dans le cadre de l'avis de la CPH pour une adaptation du projet de règlement grand-ducal.

Une autre adaptation prévue par le projet de règlement est la mise en place d'une ligne de garde nationale pour un endocrinologue. Un représentant de l'AMMD demande dans quel hôpital du pays l'endocrinologue sera présent pour pouvoir assurer cette ligne de garde nationale. Le Commissaire du Gouvernement précise qu'il revient aux hôpitaux de s'organiser entre eux. Cette approche nationale a été demandé et retenue par le comité d'accompagnement du système d'indemnisation des gardes et astreintes. L'endocrinologue de garde sera présent dans un des établissements et appelable en cas de besoin par les autres établissements.

Par ailleurs le projet de règlement prévoit de renforcer les dispositions relatives à certaines filières de prises en charges spécifiques. La filière gériatrique est élargie à tout patient nécessitant une prise en charge gériatrique, avec dépistage de la fragilité. Chaque établissement peut mettre en place une filière organisationnelle rapide de prise en charge de patients présentant des scores d'évaluation de faible gravité dans le but de fluidifier le fonctionnement des urgences.

Au point 3.3. du projet de règlement grand-ducal une disposition est rajoutée précisant la mise à disposition de personnel en fonction des exigences des différentes filières de prises en charges spécifiques.

Le projet de règlement grand-ducal prévoit également une adaptation de certains indicateurs d'activité et de processus des services d'urgences. Pereira En ce qui concerne l'indicateur « délai moyen entre l'admission au service d'urgence et la coronarographie », un représentant de l'AMMD remarque qu'un tel indicateur est difficile à apprécier. L'expert de la DiSa explique que les indicateurs de prise en charge font l'objet d'une analyse continue et toute proposition et à transmettre au groupe de travail. Le Commissaire du Gouvernement rappelle l'obligation légale pour les hôpitaux de fournir annuellement ces indicateurs prévus par le règlement grand-ducal. L'input des spécialistes des différentes filières pourraient être demandé pour la formulation des indicateurs.

Un représentant de la FHL est d'avis que le règlement grand-ducal n'est pas forcément le meilleur endroit pour arrêter tous les indicateurs. Il évoque que les hôpitaux, au-delà des indicateurs exigés par le règlement grand-ducal, établissent une multitude d'autres indicateurs pour leurs besoins internes dans une optique de suivi et d'amélioration continue des prestations de soins réalisés.

Le représentant de l'AMMD se rallie au représentant de la FHL et pense qu'une adaptation du règlement grand-ducal à chaque fois que les indicateurs sont adaptés est très contraignante.

Un représentant du CSCPS propose d'uniformiser les définitions des différentes filières en appliquant à chaque fois les mêmes critères.

Le président de la CPH met en avant la pertinence des diverses remarques et suggère d'aborder ces réflexions lors de prochains travaux de révision des indicateurs.

Le Commissaire du Gouvernement explique que les dispositions sur les indicateurs résultent des propositions élaborées par la FHL. Ces propositions ont ensuite été retenues par le groupe de travail urgences et avisées favorablement par le comité de gestion interhospitalière.

Le président conclut qu'une révision des indicateurs devrait être discutée au sein du groupe de travail « Urgences ». Par rapport au projet de RGD, il propose de préparer un avis pour la séance du 14 novembre.

6. Demandes de prorogation des autorisations d'exploitation au 1^{er} janvier 2026 des établissements aigus et spécialisés – présentation de l'analyse des demandes

Vue synthétique des demandes de services généraux, optionnels et nationaux

L'analyse des demandes de prorogation a été réalisée par les experts de la DiSa en collaboration avec le M3S et un consultant externe. Etant donné que la présentation mise à disposition de la CPH est très complète, les membres sont d'accord pour se limiter à une synthèse des informations essentielles, tout en ayant la possibilité de poser des questions.

Pour commencer l'expert de la DiSa donne quelques explications sur la méthodologie appliquée pour la répartition des lits. L'analyse des lits supplémentaires demandés a été réalisée en fonction de 3 cas de figure spécifique :

- les lits liés à des services exploités et à des projets de création de surfaces déjà autorisées : -où une régularisation de lits manquants en fonction du nombre maximal autorisable antérieurement est effectuée ;
- les lits demandés dans le cadre d'une (ré)activation de surfaces hospitalières, exploitables au 1^{er} janvier 2026 : une demande de (ré)activation de surfaces hospitalières relatif à la demande de lits à supplémentaires est à soumettre par l'hôpital ;
- les lits demandés dans le cadre d'une future planification pour un projet de création de surfaces hospitalières non encore autorisé : un dossier d'intention relatif au projet et la demande de lits supplémentaires à introduire par l'hôpital.

Ont également été pris en considération, le taux d'occupation et la durée moyenne de séjour (DMS) optimisée lors de l'évaluation des demandes. Les résultats ainsi obtenus ont été mis en relation avec les conclusions de la planification hospitalière jusqu'en 2040 et sont repris dans les conclusions relatives aux services hospitaliers respectifs.

En résumé, selon les principes mentionnés ci-dessus, seront autorisés au 1^{er} janvier 2026, les lits effectivement exploités selon les autorisations en cours et les lits liés à une (ré)activation ou à un projet en cours de réalisation. Ne sont pas autorisés, les lits non exploitables au 1^{er} janvier 2026 ou les lits liés à

un projet de planification future. L'expert explique qu'une adaptation des autorisations avant 2030 est toujours possible.

Par ailleurs l'expert de la DiSa explique la notion des lits de réserve sanitaire. Ces lits sont autorisables en tant que lits supplémentaires en cas de crise sanitaire et pourraient en cas de besoin être autorisés comme lits dans un service hospitalier mais resteront signalés comme « lits de réserve » dans l'autorisation d'exploitation. Les lits de réserve sanitaire (PL8575 prévoit 50 lits par centre hospitalier, donc 200 lits au total) sont créés dans le cadre de l'effort de défense et financés par le budget de l'OTAN. Ils peuvent être activés pour renforcer les capacités en soins aigus ou moyen séjour sur base d'une demande introduite par l'établissement hospitalier et dans les limites du nombre maximal des lits autorisables des services hospitaliers. En cas de crise, ces lits doivent être libérés conformément aux dispositions de l'article 2 de la loi hospitalière, selon un plan de montée en charge, impliquant une réduction des activités stationnaires programmés non urgentes.

Le Commissaire du Gouvernement précise qu'il s'agit de lits qui seront créés dans le cadre de projets de création d'infrastructures futurs par les centres hospitaliers et seront éligibles en tant qu'effort de défense dans le budget de l'OTAN malgré une utilisation hybride.

Sur demande d'un représentant de la CNS, le Commissaire du Gouvernement explique que l'activation de ces lits, qui restent libellés comme lits de réserves, doit être autorisée par la Ministre conformément aux dispositions de l'article 11 de la loi hospitalière. L'autorisation de service de l'établissement hospitalier sera adaptée. La localisation et l'organisation de ces lits est à régler par l'établissement demandeur. Si les lits seraient autorisés de façon permanente il y a une obligation de créer de nouveaux lits de réserve.

Un représentant de la CNS demande des explications sur « l'utilisation hybride » des lits de réserve. Le Commissaire explique que l'OTAN est d'accord de considérer la mise à disposition de ces lits comme effort de défense, même s'ils sont transitoirement utilisés en temps hors crise pour d'autres services. En cas de besoins de lits supplémentaires, les lits de réserves restent libellés comme tel et seront affectés au service en question. Les principes de financement restent les mêmes. Donc, en cas d'une utilisation régulière de ces lits, les frais d'exploitation seront à charge de la CNS, cependant les lits non utilisés ne sont pas opposables à la CNS.

En ce qui concerne les frais d'investissement il s'agit de coûts de catégorie B qui sont entièrement à charge du budget de l'Etat. Uniquement l'exploitation régulière de ces lits est à charge de la CNS.

L'expert de la DiSa reprend les explications et donne des précisions sur l'évolution du nombre total de lits. Il constate que le nombre total de lits autorisables augmente de 2781 lits à 2813 lits, ce qui représente une augmentation de 32 lits en soins aigus, le nombre de lits en moyen séjour et en longue durée restant inchangé. Un tableau comparatif reprend le nombre de lits demandés par les hôpitaux ainsi que les lits recommandés suite à l'analyse des besoins. Le détail des lits supplémentaires recommandés par service et par centre hospitalier (régularisations, activation ou réactivation, réaffectation) sont repris dans la présentation.

Un représentant de l'AMMD demande si les conseils médicaux des établissements participent aux planifications de projets futurs. Le Commissaire du Gouvernement remarque qu'un avis du Conseil médical a été joint à la demande introduite par chaque établissement hospitalier. Un représentant de la FHL confirme que le Conseil médical et les médecins sont impliqués dans la planification des projets et des antennes. Un autre représentant de la FHL souligne que les demandes sont discutées en détail avec les services hospitaliers. Il constate que malgré l'augmentation de la population le nombre de lits n'explose pas, ce qui montre l'effet du virage ambulatoire.

Un représentant de la CNS demande si on autorise déjà maintenant des lits pour des projets futurs. Le Commissaire du Gouvernement explique que tout projet qui se concrétise doit faire l'objet d'une demande dans le cadre d'un dossier d'intention incluant une analyse des besoins y relatifs et sera discuté par la CPH. Aucune autorisation de lits futures n'est possible sans l'introduction d'un dossier de demande.

Le représentant de la CNS se pose la question comment le concept du virage ambulatoire est pris en considération dans cette procédure des autorisations. Le Commissaire du Gouvernement rappelle que l'extrapolation des besoins de lits tient compte du virage ambulatoire, du progrès médical et de l'évolution démographique.

Le représentant de la CNS demande si toute demande pour une activité ambulatoire sur un site supplémentaire doit respecter les limites des autorisations. Dominique Un représentant du M3S remarque que le nombre de lits d'hôpital de jour est non-limitatif. Le Commissaire du Gouvernement rajoute que le nombre de lits d'hôpital de jour n'est effectivement pas limité mais les lits doivent néanmoins être autorisés sur demande spécifique.

Un représentant de l'AMMD remarque que le nombre de lits demandés et autorisés au CHEM dans le cadre du service de cardiologie n'est pas très élevé par rapport à la superficie du territoire. Un grand nombre de patients traités à l'INCCI vient de la région du sud du pays. Les lits du service cardiologie au CHEM ne reflètent pas ce fait. Il souligne l'importance de prendre en compte les non-résidents dans l'autorisation des lits. Un représentant de la FHL explique que le service cardiologie du CHEM fonctionne très bien avec les structures existantes et les demandes de lits se basent sur des projections réalistes. Il remarque que le CHEM entretient une très bonne collaboration avec l'INCCI. Le CHEM veut encore améliorer les capacités pour pouvoir rapatrier vers le CHEM des patients transférés pour une intervention à l'INCCI. Il est d'avis que la distribution des lits de cardiologie à travers le pays est bonne si on la compare à l'étranger. Dans ce même contexte un représentant du CSCPS attire l'attention sur le fait que la population résidente et non-résidente peut varier par région.

L'expert de la DiSa explique que les 6 lits supplémentaires demandés par l'INCCI ne seront pas autorisés au 1^{er} janvier 2026 car ils feront l'objet d'une nouvelle demande à soumettre dans le cadre d'un projet de création de surfaces au NBC.

Un représentant du CSCPS demande pourquoi un hôpital est obligé d'introduire une nouvelle demande pour la réactivation de surfaces, même si ces surfaces sont déjà disponibles de suite. Ceci représente selon lui une perte de temps. Il cite l'exemple du service de gériatrie sur le site du CHEM à Niederkorn. Le Commissaire du Gouvernement explique qu'uniquement les HRS et le CHEM (Niederkorn) sont concernés

par une éventuelle demande de réactivation de surfaces. Dans un intérêt de transparence concernant le nombre de lits exploités ces demandes introduites par les hôpitaux seront rapidement traitées, mais l'autorisation d'exploitation des lits additionnels requiert un argumentaire relatif aux besoins constatés. Dominique Un représentant du M3S remarque que toute activation de surfaces doit être avisée par la CPH et autorisée par la Ministre. Le Commissaire du Gouvernement rajoute que dans le cas du service gériatrie à Niederkorn, l'exploitation de surfaces représente ainsi un coût d'exploitation supplémentaire qui doit être justifié par une demande.

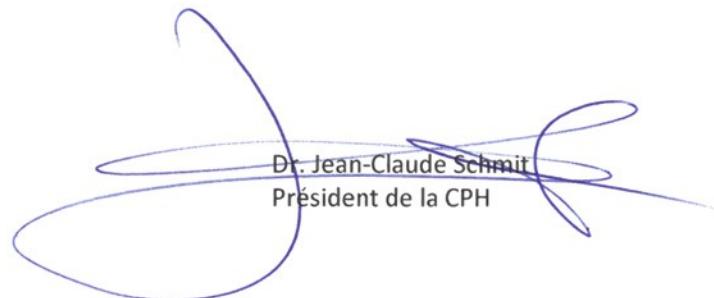
L'expert de la DiSa informe que dans le cadre de la procédure d'autorisation d'exploitation, les HRS demande la création de nouveaux services hospitaliers spécifiques. Cependant, les dispositions de la loi hospitalière ne permettent pas la création des services en question. Ces demandes seront rediscutées et reconsidérées lors de l'évaluation des services nationaux.

Le Commissaire du Gouvernement précise que l'autorisation du LNS est liée à une obligation de réaliser l'accréditation des activités des centres de diagnostic. Il est recommandé de proroger l'autorisation du LNS pour une période de 2 ans et de faire une réévaluation de l'avancement du processus d'accréditation.

En absence d'autres questions, le président conclut qu'un projet d'avis peut être préparé pour la séance du 14 novembre.

7. Divers

La prochaine réunion de la CPH aura lieu le 14 novembre 2025.



Dr. Jean-Claude Schmit
Président de la CPH

