



Dossier suivi par: Service assurance
maladie-maternité

Tél. (+352) 247-86352

Référence : 849x027ba

Objet : **Projet de règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie**

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

Vu l'article 65 du Code de la sécurité sociale ;

Vu les avis de la Chambre de commerce, de la Chambre des salariés, de la Chambre des métiers, de la Chambre d'agriculture et de la Chambre des fonctionnaires et employés publics ;

Vu l'avis du Collège médical ;

Le Conseil d'État entendu ;

Sur le rapport de la Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, et après délibération du Gouvernement en conseil ;

Arrêtons :

Art. 1^{er}. À l'article 10, alinéa 1^{er}, du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie, le point 12) est supprimé.

Art. 2. Au tableau des actes et services à la première partie « Actes généraux », chapitre 4 « Traitement hospitalier », du même règlement, la section 10 « Traitement hospitalier en lit d'hospitalisation de jour », est modifiée comme suit :





1° Il est ajouté un nouvel acte ayant la teneur suivante :

«

Position	Libellé	Code	Coeff.
4)	Forfait par jour en cas de traitement d'un patient en lit d'hospitalisation de jour dans le service national de réhabilitation physique ou dans le service national de réhabilitation post-oncologique	F97	4,76

»

2° Il est ajouté une nouvelle remarque ayant la teneur suivante :

« REMARQUE :

- 1) Le code F97 (position 4) est réservé au médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation salarié ou agréé auprès du service national de réhabilitation physique ou du service national de réhabilitation post-oncologique de l'établissement hospitalier spécialisé en réhabilitation physique et post-oncologique. »

Art. 3. Au tableau des actes et services à la deuxième partie « Actes techniques », du même règlement, le chapitre 1^{er} « Médecine générale – Spécialités non chirurgicales », est modifié comme suit :

1° À la section 1^{re} « Médecine Générale », sous-section 2 « Injections », la position 7) est supprimée.

2° La section 7 « Rhumatologie – Rééducation, réadaptation et réhabilitation », est modifiée comme suit :

- a) Il est ajouté un nouvel acte ayant la teneur suivante :

«

Position	Libellé	Code	Coeff.
11)	Forfait par jour en cas de traitement d'un patient en lit d'hospitalisation de jour dans le service national de réhabilitation physique ou dans le service national de réhabilitation post-oncologique	1R74	24,87

»



- b) Le terme « REMARQUE » est remplacé par le terme « REMARQUES ».
- c) À la suite de la première remarque, sont ajoutées trois nouvelles remarques prenant la teneur suivante :

« 2) Le code 1R74 (position 11) ne peut être mis en compte que par un médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation salarié ou agréé auprès du service national de réhabilitation physique ou du service national de réhabilitation post-oncologique de l'établissement hospitalier spécialisé en réhabilitation physique et post-oncologique. Ce bilan est à réaliser dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire composée au moins d'un médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation et de deux professionnels de santé différents parmi les suivants : infirmier, masseur-kinésithérapeute ou ergothérapeute.

3) En cas de traitement en lit d'hospitalisation de jour succédant à un traitement stationnaire dans l'établissement hospitalier qui exploite les services nationaux de réhabilitation physique et de réhabilitation post-oncologique, la mise en compte du code 1R74 (position 11) ne peut pas intervenir avant l'expiration d'un délai minimum de 3 mois entre la fin du traitement stationnaire et le début du traitement en lit d'hospitalisation de jour.

4) Le code 1R74 (position 11) peut être mis en compte qu'à condition que le code 1R72 (position 9) n'ait pas été mis en compte pour le même patient endéans les 3 mois précédents. »

Art. 4. Au tableau des actes et services à la deuxième partie « Actes techniques », chapitre 8 « Imagerie médicale, radiologie interventionnelle, radiothérapie », section 2 « Radiothérapie », du même règlement, est ajoutée une nouvelle sous-section 3 prenant la teneur suivante :

« Sous-section 3 — Radiothérapie interne vectorisée

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Traitement par radiopharmaceutique(s), première application	KSQ11	37,16
2)	Traitement par radiopharmaceutique(s), deuxième application	KSQ12	26,73
3)	Traitement par radiopharmaceutique(s), troisième application	KSQ13	17,93



REMARQUE :

Pour les actes de cette sous-section, une application comprend l'ensemble du traitement et les consultations de contrôle post-thérapeutiques pendant une durée de trois mois. »

Art. 5. Le présent règlement grand-ducal entre en vigueur le premier jour du mois suivant celui de sa publication au Journal officiel.

Art. 6. Le ministre ayant la Santé et la Sécurité sociale dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent règlement qui sera publié au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.



Exposé des motifs et commentaire d'articles

L'adaptation de la nomenclature des actes et services des médecins s'impose afin de mieux décrire la pratique médico-chirurgicale actuelle et de permettre une tarification qui reflète effectivement les prestations réalisées.

L'introduction de nouveaux actes doit accompagner l'évolution des techniques et des pratiques en mettant l'accent sur le respect des derniers standards et acquis scientifiques, la prise en compte des facteurs temps, difficulté intellectuelle et/ou technique, risque et pénibilité et des orientations en matière de services de santé publique, de permanence et de garde, et aussi dans l'optique de maintenir l'attractivité de l'exercice hospitalier et extrahospitalier de la médecine.

L'adaptation de la section 2 « Radiothérapie » du chapitre 8 « Imagerie médicale, radiologie interventionnelle, radiothérapie » de la nomenclature des actes et services des médecins s'impose afin de mieux décrire la pratique médico-chirurgicale actuelle et de permettre une tarification qui reflète effectivement les prestations réalisées.

Le Centre de Réhabilitation du Château de Colpach (ci-après « CRCC ») est un établissement hospitalier spécialisé en réhabilitation physique et post-oncologique qui exploite les services nationaux de réhabilitation physique et de réhabilitation post-oncologique. Une autorisation ministérielle d'exploitation de 20 lits d'hospitalisation de jour a été accordée au CRCC à partir du 1^{er} avril 2018, renouvelée pour une durée de 3 ans à partir du 1^{er} juillet 2021 par arrêté du ministère de la Santé du 11 juin 2021. Ces 20 lits d'hospitalisation de jour se composent de 15 lits de réhabilitation physique et de 5 lits de réhabilitation post-oncologique.

Conformément à cette autorisation ministérielle, les statuts de la Caisse nationale de santé ont été mis à jour par arrêté ministériel du 5 juin 2023 en permettant la prise en charge des traitements ambulatoires de ces services nationaux.

Le CRCC a démarré l'activité de réhabilitation physique et post-oncologique en lits d'hospitalisation de jour depuis le 1^{er} septembre 2022, avec une montée en charge progressive, parallèlement aux démarches pour obtenir un financement spécifique pour cette activité. Actuellement, une équipe pluridisciplinaire composée d'un médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation, d'un infirmier, d'un masseur-kinésithérapeute, d'un ergothérapeute et d'un agent administratif est en place.

La prise en charge des actes prestés dans les services nationaux de réhabilitation physique et post-oncologique auprès des patients admis et suivis dans le cadre de l'hospitalisation de jour est nécessaire pour permettre la réalisation pleine de cette activité autorisée.



Texte coordonné¹

Règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

[...]

Cumul entre actes généraux et actes techniques

Art. 10.- Peuvent être cumulés les honoraires :

- 1) des consultations prévues aux sections 1 et 4 du chapitre 1 ou des examens médicaux prévus au chapitre 6 de la première partie de l'annexe avec ceux d'un acte technique signalé par les lettres "CAC" (cumul avec consultation) ;
- 2) d'un rapport et d'un autre acte général ou technique ;
- 3) de la visite en milieu extra-hospitalier, des actes techniques et de l'indemnité horo-kilométrique ;
- 4) de la visite à l'hôpital prévue aux alinéas 1 et 2 de l'article 7 et des actes techniques, à condition que ces actes ne subissent pas les majorations prévues à l'article 8 ;
- 5) de la visite de nuit à l'hôpital entre 22.00 et 7.00 heures du médecin spécialiste en radiologie avec ceux des actes techniques prévus au chapitre 8, section 1 de la deuxième partie de l'annexe, à condition que ces actes ne subissent pas les majorations prévues à l'article 8 ;
- 6) de la visite du dimanche ou jour férié légal à l'hôpital du médecin spécialiste en radiologie avec ceux des actes techniques prévus au chapitre 8, section 1 de la deuxième partie de l'annexe, à condition que ces actes ne subissent pas les majorations prévues à l'article 8 ;
- 7) pendant les deux premiers jours d'hospitalisation, des forfaits pour traitement hospitalier, à l'exception des positions F93 et F94, et des actes techniques à plein tarif et sans limitation de leur nombre à l'exception de la psychothérapie et ce pour les médecins spécialistes en médecine interne, oncologie, immunologie, maladies contagieuses, cardiologie, neurologie, psychiatrie, neuropsychiatrie, endocrinologie, gastro-entérologie, pneumologie, pédiatrie, hématologie, néphrologie, rhumatologie, rééducation et réadaptation fonctionnelles, dermatologie, radiothérapie, médecin généraliste et médecin spécialiste en gériatrie ;

¹ Le texte coordonné reprend uniquement les actes qui ont été modifiés. Une version coordonnée au 01.03.2024 de la nomenclature des actes et services des médecins est publiée sur le site de la Caisse nationale de santé.



- 8) pendant toute la durée de l'hospitalisation, des forfaits pour traitement hospitalier prévus au chapitre 4, sections 6 et 7 de la première partie de l'annexe avec l'oxygénothérapie hyperbare ;
- 9) de l'examen pré-anesthésique (section 5 du chapitre 1 de la première partie) et des actes techniques diagnostiques nécessaires pour un examen pré-anesthésique ainsi que de l'anesthésie définie à l'article 12 et des actes du chapitre 7, section 2 de la deuxième partie de l'annexe ;
- 10) des forfaits pour le traitement hospitalier prévus au chapitre 4, section 1 à 5 et section 9 de la première partie de l'annexe avec les honoraires de la visite de nuit entre 22 et 7 heures, à condition que l'état du malade requière son intervention urgente et que le médecin ne mette pas en compte la majoration de nuit prévue à l'article 8 ;
- 11) du forfait MR03 avec des actes généraux et techniques auxquels s'appliquent les dispositions prévues aux points 1 à 10 de l'alinéa 1 du présent article ;
- ~~12) des consultations du médecin spécialiste en dermato-vénérologie avec ceux des actes techniques 1D21 et 1D22 ;~~
- 13) des consultations du médecin spécialiste en rhumatologie avec ceux de l'acte technique 1M45 ;
- 14) pendant la durée de l'hospitalisation, des forfaits prévus à la section 12 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe et des actes techniques à plein tarif et sans limitation de leur nombre et ce pour les médecins spécialistes en anesthésiologie, médecine interne, oncologie médicale, néphrologie, maladies contagieuses, cardiologie, gastro-entérologie, gériatrie, pneumologie, hématologie générale et pédiatrie.

Dans tous les autres cas, les honoraires des actes généraux ne se cumulent ni entre eux ni avec ceux des actes techniques, si les actes sont effectués au cours de la même séance sur la même personne. Le dernier alinéa de l'article qui précède est applicable. Le médecin a droit aux honoraires les plus élevés, soit de l'acte général, soit des actes techniques après application de l'article qui précède. Toutefois, lorsque le ou les actes techniques ne sont pas accompagnés d'un examen du patient et notamment s'ils sont effectués en série, l'intervention du médecin n'a pas la valeur d'une consultation et il n'a droit qu'aux honoraires du ou des actes techniques.

Dans les cas visés sous 1) à 4) ci-dessus, l'alinéa premier de l'article 9 s'applique pour le cumul des actes techniques entre eux

[...]

Tableau des actes et services tel que prévu à l'article 1^{er} du présent règlement grand-ducal

PREMIÈRE PARTIE : ACTES GÉNÉRAUX



[...]

Chapitre 4 – Traitement hospitalier

[...]

Section 10 - Traitement hospitalier en lit d'hospitalisation de jour

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Forfait par jour en cas de traitement en lit d'hospitalisation de jour, pour un patient transféré à un médecin spécialiste	F90	24,10
2)	Forfait par jour en cas de traitement en lit d'hospitalisation de jour, pour un patient non transféré	F91	8,57
3)	Forfait par jour en lit d'hospitalisation de jour dans le service national de pédiatrie spécialisée	F92	48,20
4)	Forfait par jour en cas de traitement d'un patient en lit d'hospitalisation de jour dans le service national de réhabilitation physique ou dans le service national de réhabilitation post-oncologique	F97	4,76

REMARQUE :

Le code F97 (position 4) est réservé au médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation salarié ou agréé auprès du service national de réhabilitation physique ou du service national de réhabilitation post-oncologique de l'établissement hospitalier spécialisé en réhabilitation physique et post-oncologique.

[...]

DEUXIÈME PARTIE : ACTES TECHNIQUES

Chapitre 1^{er} - Médecine générale – Spécialités non chirurgicales

Section 1^{re} - Médecine Générale

[...]



Sous-section 2 – Injections

REMARQUE:

Mises en compte au maximum une fois par jour.

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Mise en place d'une voie veineuse centrale (veine sous-clavière, jugulaire ou fémorale), perfusion ou transfusion comprise	1M21	9,33
2)	Dénudation d'une veine ou mise en place d'une voie veineuse centrale chez un enfant de moins de 3 ans, perfusion ou transfusion comprise	1M22	18,08
3)	Cathétérisme d'une artère chez l'enfant, perfusion ou transfusion comprise	1M23	27,88
4)	Prise de sang ou injection intraveineuse chez l'enfant de moins de 12 mois - CAC	1M24	2,10
5)	Injection intra-artérielle	1M25	6,50
6)	Injection intraveineuse pour épreuve fonctionnelle dans un laboratoire d'analyses médicales et de biologie clinique	1M28	4,11
7)	Location d'appareil	1M29X	5,04
8)	Perfusion intraveineuse d'au moins 10 ml, en milieu extra-hospitalier; prise en charge pour réhydratation, alimentation parentérale ou apport de médicaments à indication majeure	1M31	5,26
9)	Perfusion intraveineuse, en milieu extra-hospitalier; prise en charge pour réhydratation, alimentation parentérale ou apport de médicaments à indication majeure, pour enfants de moins de 7 ans	1M32	6,41
10)	Transfusion de sang ou d'éléments figurés du sang, y compris les contrôles avant et pendant la transfusion, en milieu extra-hospitalier	1M33	5,26
11)	Transfusion de sang ou d'éléments figurés du sang, y compris les contrôles avant et pendant la transfusion, pour enfant de moins de 7 ans en milieu extra-hospitalier	1M34	6,41
12)	Exsanguino-transfusion chez l'adulte ou l'enfant	1M35	87,14
13)	Exsanguino-transfusion chez le nouveau-né	1M36	67,29
14)	Mise en place par voie percutanée d'un cathéter veineux central avec contrôle radiologique et implantation d'un port sous-cutané pour injections répétées pour chimiothérapie ou analgésie (non cumulable avec 1M21 ou 1M22)	1M37	63,08



15)	Mise en place ou changement d'un cathéter veineux central avec contrôle radiologique et raccordement à un port sous-cutané (non cumulable avec 1M21 ou 1M22)	1M38	25,30
16)	Mise en place ou changement d'un port sous-cutané avec contrôle radiologique	1M39	37,78

[...]

Section 7 - Rhumatologie – Rééducation, réadaptation et réhabilitation

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Ponction-biopsie articulaire: coude, épaule, hanche, sacro-iliaque, genou	1R11	25,01
2)	Ponction-biopsie articulaire: autres articulations que le coude, l'épaule, la hanche, la sacro-iliaque, et le genou	1R12	12,20
3)	Ponction-biopsie osseuse au trocart	1R21	12,20
4)	Synoviorthèse isotopique	1R31	10,57
5)	Traction vertébrale sur table mécanique ou à moteur électrique - APCM pour plus de 6 séances	1R51	5,26
6)	Manipulation vertébrale - APCM pour plus de 6 séances par an	1R52	8,18
7)	Ponction d'un disque et chimionucléolyse	1R61	39,60
8)	Arthroscopie avec ou sans biopsie	1R71	48,92
9)	Bilan d'évaluation pluridisciplinaire en milieu hospitalier, sur prescription, non renouvelable avant le délai de six mois	1R72	24,87
10)	Bilan d'évaluation à l'admission en traitement stationnaire dans le service national de réhabilitation physique ou dans le service national de réhabilitation post-oncologique	1R73	24,87
11)	Forfait par jour en cas de traitement d'un patient en lit d'hospitalisation de jour dans le service national de réhabilitation physique ou dans le service national de réhabilitation post-oncologique	1R74	24,87

REMARQUES :

1) La position 1R72 est réservée au médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation.

2) Le code 1R74 (position 11) ne peut être mis en compte que par un médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation salarié ou agréé auprès du service national de réhabilitation physique ou du service national de réhabilitation post-oncologique de l'établissement hospitalier spécialisé en réhabilitation physique et post-oncologique. Ce bilan est à réaliser dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire composée au moins d'un médecin



spécialiste en médecine physique et réadaptation et de deux professionnels de santé différents parmi les suivants : infirmier, masseur-kinésithérapeute ou ergothérapeute.

3) En cas de traitement en lit d'hospitalisation de jour succédant à un traitement stationnaire dans l'établissement hospitalier qui exploite les services nationaux de réhabilitation physique et de réhabilitation post-oncologique, la mise en compte du code 1R74 (position 11) ne peut pas intervenir avant l'expiration d'un délai minimum de 3 mois entre la fin du traitement stationnaire et le début du traitement en lit d'hospitalisation de jour.

4) Le code 1R74 (position 11) peut être mis en compte qu'à condition que le code 1R72 (position 9) n'ait pas été mis en compte pour le même patient endéans les 3 mois précédents.

[...]

Chapitre 8 - Imagerie médicale, radiologie interventionnelle, radiothérapie

[...]

Section 2 – Radiothérapie

[...]

Sous-section 3 — Radiothérapie interne vectorisée

Position	Libellé	Code	Coeff.
1)	Traitement par radiopharmaceutique(s), première application	KSQ11	37,16
2)	Traitement par radiopharmaceutique(s), deuxième application	KSQ12	26,73

REMARQUE :

Pour les actes de cette sous-section, une application comprend l'ensemble du traitement et les consultations de contrôle post-thérapeutiques pendant une durée de trois mois.



Référence : 849x2e42f

Projet de règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

Fiche financière

La proposition de création d'un nouveau forfait au tableau des actes et services à la première partie « Actes généraux », chapitre 4 « Traitement hospitalier », la section 10 « Traitement hospitalier en lit d'hospitalisation de jour » et la création d'un nouveau bilan d'évaluation pluridisciplinaire à l'admission en lit d'hospitalisation de jour au tableau des actes et services, à la deuxième partie « Actes techniques », chapitre 1er « Médecine générale – Spécialités non chirurgicales », la section 7 « Rhumatologie – Rééducation, réadaptation et réhabilitation » résulte en une augmentation prévisionnelle des dépenses de 152 815,83 €.

** Valeur de la lettre clé = 5,1954 €, en vigueur depuis le 1^{er} mars 2024.*

La proposition d'adaptation de la section 2 « Radiothérapie » du chapitre 8 « Imagerie médicale, radiologie interventionnelle, radiothérapie » de la nomenclature des actes et services des médecins avec introduction d'une sous-section 3 « Radiothérapie interne vectorisée » résulte en une augmentation prévisionnelle des dépenses de 25 430,12 €.

** Valeur de la lettre clé = 4,8269 €, en vigueur au 1^{er} septembre 2023.*

La proposition de suppression de la position 12) de l'article 10 « Cumul entre actes généraux et actes techniques » et la proposition de suppression de la position 7) à la sous-section 2 « Injections », chapitre 1 « Médecine générale – Spécialités non chirurgicales », section 1 « Médecine Générale » à la deuxième partie « Actes techniques » du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie ne produit aucune augmentation des dépenses.



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

Coordonnées du projet

Intitulé du projet :	Projet de règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
Ministère initiateur :	Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale
Auteur(s) :	Nathalie WEBER
Téléphone :	247-86352
Courriel :	nathalie.weber@mss.etat.lu
Objectif(s) du projet :	Adaptation de certains actes de la nomenclature des médecins (p.ex. radiothérapie, services nationaux de réhabilitation physique et post-oncologique).
Autre(s) Ministère(s) / Organisme(s) / Commune(s) impliqué(e)(s)	/
Date :	14/06/2024



Mieux légiférer

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

Si oui, laquelle / lesquelles : Commission de nomenclature prévue à l'article 65 du Code de la sécurité sociale

Remarques / Observations : accord unanime

2 Destinataires du projet :

- Entreprises / Professions libérales :

Oui Non

- Citoyens :

Oui Non

- Administrations :

Oui Non

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

Remarques / Observations :

¹ N.a. : non applicable.

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

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

Remarques / Observations : La nomenclature mise à jour est disponible sur le site internet de la Caisse nationale de santé et publiée à intervalles réguliers

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

Remarques / Observations :



6 Le projet contient-il une charge administrative² pour le(s) destinataire(s) ? (un coût imposé pour satisfaire à une obligation d'information émanant du projet ?)

Oui Non

Si oui, quel est le coût administratif³ approximatif total ?
(nombre de destinataires x
coût administratif par destinataire)

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

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

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

Oui Non N.a.

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

b) Le projet en question contient-il des dispositions spécifiques concernant la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel⁴ ?

Oui Non N.a.

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

⁴ Loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel (www.cnpd.lu)

8 Le projet prévoit-il :

- une autorisation tacite en cas de non réponse de l'administration ? Oui Non N.a.
- des délais de réponse à respecter par l'administration ? Oui Non N.a.
- le principe que l'administration ne pourra demander des informations supplémentaires qu'une seule fois ? Oui Non N.a.

9 Y a-t-il une possibilité de regroupement de formalités et/ou de procédures (p.ex. prévues le cas échéant par un autre texte) ?

Oui Non N.a.

Si oui, laquelle :

10 En cas de transposition de directives communautaires, le principe « la directive, rien que la directive » est-il respecté ?

Oui Non N.a.



Sinon, pourquoi ?

11

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

a) simplification administrative, et/ou à une

Oui Non

b) amélioration de la qualité réglementaire ?

Oui Non

Remarques / Observations :

12

Des heures d'ouverture de guichet, favorables et adaptées aux besoins du/des destinataire(s), seront-elles introduites ?

Oui Non N.a.

13

Y a-t-il une nécessité d'adapter un système informatique auprès de l'Etat (e-Government ou application back-office)

Oui Non

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

14

Y a-t-il un besoin en formation du personnel de l'administration concernée ?

Oui Non N.a.

Si oui, lequel ?

Remarques / Observations :



Egalité des chances

15

Le projet est-il :

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

Si oui, expliquez
de quelle manière :

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

Si oui, expliquez pourquoi :

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

Si oui, expliquez
de quelle manière :

16

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

Si oui, expliquez
de quelle manière :

Directive « services »

17

Le projet introduit-il une exigence relative à la liberté d'établissement soumise à évaluation⁵ ? Oui Non N.a.

Si oui, veuillez annexer le formulaire A, disponible au site Internet du
Ministère de l'Economie et du Commerce extérieur :

www.eco.public.lu/attributions/dg2/d_consommation/d_march_int_rieur/Services/index.html

⁵ Article 15 paragraphe 2 de la directive « services » (cf. Note explicative, p.10-11)

18

Le projet introduit-il une exigence relative à la libre prestation de services transfrontaliers⁶ ? Oui Non N.a.

Si oui, veuillez annexer le formulaire B, disponible au site Internet du
Ministère de l'Economie et du Commerce extérieur :

www.eco.public.lu/attributions/dg2/d_consommation/d_march_int_rieur/Services/index.html

⁶ Article 16, paragraphe 1, troisième alinéa et paragraphe 3, première phrase de la directive « services » (cf. Note explicative, p.10-11)