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

Dossier suivi par : Nathalie Weber
Tél. (+352) 247-86352

Référence : 833x04738

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 métiers, de la Chambre des salariés, de la Chambre d'agriculture et de la Chambre des fonctionnaires et employés publics ;

Notre Conseil d'Etat entendu ;

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

Arrêtons :

Art. 1er. Aux libellés des positions 17) à 20) du tableau des actes et services à la première partie *« Actes généraux »*, chapitre 4 *« Traitement hospitalier »* section 2 *« Traitement hospitalier stationnaire interne »* 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, les termes *« de la pédiatrie du CHL »* sont remplacés par les termes *« national de la pédiatrie spécialisée »*.

Art. 2. L'article 7 du même règlement est modifié comme suit :

1° A l'alinéa 11, à la suite de la première phrase, il est inséré une nouvelle phrase qui prend la teneur suivante :

« Par dérogation à la disposition qui précède les forfaits F282, F283, F284, F285 sont réservés aux médecins spécialistes en pédiatrie attachés au service national de pédiatrie spécialisée ».

2° A l'alinéa 11, la dernière phrase est modifiée comme suit :

« Les forfaits F20, F201, F25, F251, F27, F271, F282 et F283 peuvent être mis en compte par un médecin, soit pour un malade transféré avec ordonnance de transfert, soit pour un malade que ce médecin n'a pas examiné depuis au moins 6 mois. »

3° A l'alinéa 17, à la suite de la première phrase, il est inséré une nouvelle phrase qui prend la teneur suivante :

« Par dérogation à la disposition qui précède le forfait F92 est réservé aux médecins spécialistes en pédiatrie attachés à un service de pédiatrie ».

4° A l'alinéa 17, la dernière phrase est modifiée comme suit :

« Les forfaits F90 et F92 ne peuvent être mis en compte par un médecin que pour un malade transféré avec ordonnance de transfert ou pour un malade que ce médecin n'a pas examiné depuis au moins 6 mois. »

Art. 3. Le présent règlement entre en vigueur le premier jour du mois qui suit sa publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

Art. 4. Notre ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions et notre ministre ayant la Santé dans ses attributions sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent règlement qui sera publié au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

Exposé des motifs et commentaire des articles

Le présent projet de règlement grand-ducal prévoit d'adapter la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie.

Articles 1er et 2

Suite au jugement définitif rendu par le tribunal administratif en date du 8 octobre 2019 annulant le règlement grand-ducal du 27 novembre 2015 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, il est nécessaire de ré-introduire certaines dispositions annulées en conformité avec la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Texte coordonné[1]

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

Première Partie : ACTES GENERAUX

Chapitre 4 – Traitement hospitalier

Section 2 – Traitement hospitalier stationnaire

		Code	Coeff.
17)	1er jour d'hospitalisation dans le service **national de la pédiatrie spécialisée** ~~de pédiatrie du CHL~~ d'un enfant de moins de 14 ans transféré à un médecin spécialiste en pédiatrie	F282	48,20
18)	1er jour d'hospitalisation dans le service **national de la pédiatrie spécialisée** ~~de pédiatrie du CHL~~ d'un enfant de moins de 14 ans transféré à un médecin spécialiste en pédiatrie, le dimanche ou un jour férié légal	F283	84,34
19)	1er jour d'hospitalisation dans le service **national de la pédiatrie spécialisée** ~~de pédiatrie du CHL~~ d'un enfant de moins de 14 ans par un médecin spécialiste en pédiatrie (malade non transféré)	F284	17,13
20)	1er jour d'hospitalisation dans le service **national de la pédiatrie spécialisée** ~~de pédiatrie du CHL~~ d'un enfant de moins de 14 ans par un médecin spécialiste en pédiatrie (malade non transféré), le dimanche ou un jour férié légal	F285	29,97

[1] Le texte coordonné reprend uniquement les actes qui ont été modifiés. Une version coordonnée au 30.3.2020 de la nomenclature des actes et services des médecins est publiée sur le site de la Caisse nationale de santé.

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

[...]

Traitement en milieu hospitalier

Art. 7. A l'exception des médecins spécialistes en radiologie, le médecin qui n'est pas présent à l'hôpital, mais doit s'y déplacer spécialement et d'urgence pour un traitement ambulatoire ou un patient hospitalisé par un autre médecin, met en compte le tarif de la visite et les actes techniques effectués. Sur le mémoire d'honoraires il marque, outre le code de la visite, l'heure à laquelle cette dernière a été effectuée.

Si la personne séjourne en milieu hospitalier soit à titre stationnaire, soit au titre d'un séjour inférieur à une journée dont les conditions sont à fixer par la convention visée à l'article 75 du Code de la sécurité sociale, le médecin traitant applique les forfaits prévus au chapitre 4 de la première partie de l'annexe, à l'exclusion du tarif de la consultation ou de la visite. Toutefois, le médecin traitant peut mettre en compte le tarif de la visite de nuit entre 22 heures et 7 heures selon les modalités prévues à l'article 10 sous 10). Si le médecin traitant doit se déplacer spécialement et d'urgence à l'hôpital le samedi après 12 heures, le dimanche ou un jour férié légal pour examiner un patient avec hospitalisation subséquente, il peut remplacer le forfait hospitalier du 1er jour par la visite à l'hôpital.

Est considéré comme médecin-traitant au sens des présentes dispositions le médecin qui effectue le traitement de la personne protégée durant l'hospitalisation et en fait la déclaration à l'administration de l'hôpital conformément aux dispositions de la convention prévue à l'article 75 du Code de la sécurité sociale.

Si au cours d'une hospitalisation un autre médecin est appelé en consultation par le médecin traitant, cet autre médecin peut mettre en compte soit les tarifs prévus à la deuxième partie de l'annexe pour les actes prescrits par le médecin traitant soit les tarifs prévus au chapitre premier de la première partie de l'annexe, les tarifs prévus à la deuxième partie de l'annexe, en respectant les règles de cumul énoncées à l'article 10, ainsi que le rapport R1 prévu à la section 1 du chapitre 5 de la première partie de l'annexe, dans les conditions et limites prévues à l'article 18.

Si au cours d'une même hospitalisation dans le même établissement la personne protégée est traitée successivement par deux médecins relevant de la même discipline médicale, le deuxième médecin doit, pour la détermination du forfait, tenir compte de la période d'hospitalisation antérieure mise en compte par le premier médecin.

Si au cours d'une même hospitalisation la personne protégée est traitée successivement par deux médecins relevant de disciplines médicales différentes, le deuxième médecin met en compte le forfait correspondant comme s'il s'agissait d'une nouvelle hospitalisation, à condition que le

changement de médecin ait été signalé endéans les vingt-quatre heures à l'administration de l'hôpital.

Si au cours d'une même hospitalisation la personne protégée est traitée simultanément par plusieurs médecins relevant de disciplines médicales différentes, le médecin traitant défini à l'alinéa 3 du présent article émet une ordonnance médicale établie conformément aux dispositions de l'article 64 sous 1) du Code de la sécurité sociale sur laquelle il indique le nom et le code du médecin appelé à effectuer le traitement parallèle, la date de début ainsi que la durée approximative du traitement parallèle. Le deuxième médecin applique également les forfaits prévus au chapitre 4 de la première partie de l'annexe à l'exclusion du tarif de la consultation ou de la visite et joint l'ordonnance médicale émise pour le traitement parallèle à son mémoire d'honoraires. Toutefois, l'ordonnance médicale n'est pas requise pour le médecin spécialiste en anesthésie-réanimation pendant le séjour au service de réanimation en phase postopératoire, pour autant que ce séjour ne dépasse pas douze jours. L'ordonnance médicale n'est pas requise pour le traitement parallèle par un médecin spécialiste en rééducation et réadaptation fonctionnelles dans un service de rééducation en gériatrie.

N'est pas considéré comme traitement parallèle un traitement successif effectué le même jour.

Les actes des sections 5, 6 et 7 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte simultanément par plusieurs médecins dans le cadre d'un traitement parallèle.

Les jours d'hospitalisation sont comptés par période de vingt-quatre heures commençant à minuit; la fraction compte pour une journée entière, sans qu'un séjour inférieur à vingt-quatre heures puisse donner droit, pour un même médecin, à deux forfaits pour traitement en service de réanimation ou traitement avec soins intensifs spécifiques.

Les forfaits prévus à la section 2 du chapitre 4 de la 1ère partie ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en médecine interne, oncologie, hématologie, immunologie, maladies contagieuses, néphrologie, endocrinologie, cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, neurologie, psychiatrie, neuropsychiatrie, pédiatrie, rhumatologie, rééducation et réadaptation fonctionnelles, dermatologie, radiothérapie, gériatrie ainsi que par les médecins généralistes. **Par dérogation à la disposition qui précède les forfaits F282, F283, F284, F285 sont réservés aux médecins spécialistes en pédiatrie attachés au service national de pédiatrie spécialisée.** Les forfaits F20, F201, F25, F251, F27**,** ~~et~~ F271**, F282 et F283** peuvent être mis en compte par un médecin, soit pour un malade transféré avec ordonnance de transfert, soit pour un malade que ce médecin n'a pas examiné depuis au moins 6 mois.

En cas de réintervention, le tarif postopératoire prévu à la section 3 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe peut de nouveau être mis en compte à partir du premier jour postopératoire à condition qu'il s'agisse d'une intervention faite sous anesthésie au sens de l'article 12, alinéa premier.

Les forfaits prévus à la section 5 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte qu'une fois par période d'hospitalisation. Ils ne peuvent être mis en compte que: - par les médecins spécialistes en médecine interne, oncologie, néphrologie, immunologie, maladies contagieuses, cardiologie, gastro-entérologie, pneumologie, endocrinologie, hématologie, neurologie, psychiatrie, neuropsychiatrie, rhumatologie, pédiatrie et radiothérapie; - pour des personnes nécessitant des soins intensifs spécifiques en raison d'accidents cardio-vasculaires aigus, de troubles graves du rythme cardiaque, de comas, de syndromes infectieux graves, de troubles métaboliques graves, de syndromes hémorragiques graves, de détresses respiratoires graves, du syndrome éclamptique, d'affections neuropsychiatriques aiguës (telles que états psychotiques aigus, états confusionnels aigus, risque aigu de suicide ou d'agression, coma ou stupeur, accès de paniques réitératifs) ou, avec l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale, pour toute autre affection grave.

Les forfaits prévus à la section 6 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en anesthésie-réanimation chez des malades admis au service de réanimation (sauf pour les positions F69 et F691) et nécessitant la réanimation avec surveillance étroite en cas d'affection aiguë ou de traumatisme (sous-section 1) ou le traitement avec surveillance étroite après intervention sous anesthésie générale (sous-section 2) ou l'anesthésie continue d'un tronc ou plexus nerveux (sous-section 3) ou le traitement complexe de la douleur (sous-section 4). Le protocole d'hospitalisation est compris.

Les forfaits prévus à la section 7 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en anesthésie-réanimation pour des affections nécessitant la présence prolongée auprès du malade avec disponibilité permanente du médecin et nécessitant des manoeuvres complexes de réanimation pour décompensation cardio-vasculaire, pulmonaire ou cérébrale, hémorragies, coma et atteintes analogues, aussi après intervention sous anesthésie générale. Si des manoeuvres complexes ne sont plus requises la mise en compte est à continuer par la position correspondante de la section 6. Le protocole d'hospitalisation est compris.

Les forfaits prévus à la section 9 du chapitre 4 de la 1ère partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en médecine interne, oncologie, néphrologie, immunologie, maladies contagieuses, cardiologie, gastro-entérologie, pneumologie, endocrinologie, hématologie, neurologie, rhumatologie, dermatologie, pédiatrie, gériatrie, anesthésiologie et médecin généraliste.

Les forfaits prévus à la section 10 du chapitre 4 de la 1ère partie ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en médecine interne, oncologie, hématologie, immunologie, maladies contagieuses, néphrologie, endocrinologie, cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, neurologie, neuropsychiatrie, pédiatrie, rhumatologie, rééducation et réadaptation fonctionnelles et en dermatologie. **Par dérogation à la disposition qui précède le forfait F92 est réservé aux médecins spécialistes en pédiatrie attachés à un service de pédiatrie.** Les forfaits F90 **et F92** ne peuvent être mis en compte par un médecin que pour un malade transféré avec

ordonnance de transfert ou pour un malade que ce médecin n'a pas examiné depuis au moins 6 mois.

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

Référence : 833x0485b

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

Le présent projet de règlement grand-ducal n'aura pas d'impact financier sur le budget de l'Etat.

Ministère de la Sécurité sociale
26, rue Ste Zithe L-2763 Luxembourg
Téléphone : 247-86311 Fax : 247-86328 E-mail : mss@mss.etat.lu