MINISTÈRE
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
Cellule d'expertise médicale

Avis de la Cellule d'expertise médicale

Analyse et propositions relatives à la demande concernant la modification des alinéas 4 et 7 de l'article 9 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

Saisine de la Commission de nomenclature

16/2020

(Référence CEM 2021-02)

Luxembourg, le 9 juin 2021

Cellule d'expertise médicale - CEM
26, rue Ste Zithe L-2763 Luxembourg
Téléphone : 2478 2478 Fax : 247-86225 E-mail : cem@igss.etat.lu

Résumé exécutif

Par courrier du **10 février 2021**, la Commission de nomenclature (CN) a soumis à l'analyse de la Cellule d'expertise médicale (CEM), la saisine 16/2020 (saisine 2021-02 de la CEM) relative à deux demandes de modifications de **l'article 9 - Cumul des 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.

La demande standardisée comprend deux propositions distinctes, la suppression de la deuxième phrase de l'alinéa 4 ***« Ces actes sont soumis à l'accord du contrôle médical sur présentation des rapports opératoires relatifs »***, en résulterait ce qui suit : *« Par dérogation aux dispositions de l'alinéa 1 du présent article, les actes suivant le troisième acte peuvent donner lieu à honoraires à raison de cinquante pour cent pour les actes techniques effectués lors du traitement opératoire d'un malade polytraumatisé au cours de la première hospitalisation. Par malade polytraumatisé, il est entendu : patient qui a subi plusieurs traumatismes (plaie(s), fracture(s), brûlure(s).,,) dont au moins un met en danger les fonctions vitales. »* et la suppression au niveau de **l'alinéa 7** des termes ***« et que cette justification trouve l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale »*** en résulterait ce qui suit *« Le médecin ne peut mettre en compte qu'une seule séance par période de vingt-quatre heures commençant à minuit, à moins qu'il ne justifie que les particularités du cas ont rendu nécessaires plusieurs séances au cours du même jour. »*. Le Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS) justifie ses demandes par le fait que son rôle serait devenu superfétatoire suite aux dernières modifications de l'article 9 introduites par règlement grand-ducal (RGD) le 24 avril 2020, que les recours à son expertise enlèvent une certaine efficience aux demandes de remboursements d'honoraires portant sur plusieurs actes techniques cumulés par la Caisse nationale de santé (CNS) et qu'enfin ces modifications sont aussi introduites dans un but de simplification administrative.

Une aide du service juridique a été sollicitée pour comprendre les raisons ayant amenées le législateur à introduire l'article 9 dans le RDG modifié de 1998 et pour savoir si la CEM était compétente pour analyser cette demande qui porte sur des règles de tarifications d'actes sans arguments scientifiques les motivant et si l'argument de la simplification administrative était recevable pour supprimer l'aide du CMSS à la CNS dans la compréhension médicale de la facturation de certains mémoires d'honoraires.

Après analyses des 3 dernières versions de l'article 9 du RDG modifié du 21 décembre 1998, datant de janvier 2018, de janvier 2019 et d'avril 2020, prenant en considération le RDG du 24 avril 2020 modifiant l'article 9 ainsi que les motivations circonstanciées qui l'accompagnent et après un rappel de la méthodologie d'introduction « d'actes dit complets » lors des révisions de la nomenclature, la CEM estime que la demande de suppression du recours à l'expertise médicale du CMSS dans la compréhension des mémoires d'honoraires concernant la prise en charge chirurgicale d'un assuré polytraumatisé en urgence vitale est cohérente étant donné les changements introduits en avril 2020 et les justification données par le législateur. Elle souligne qu'elle n'a trouvé aucun argument scientifique qui permettrait de limiter le nombre d'actes à prendre en charge par la CNS. Elle suggère donc de suivre attentivement l'évolution de cette facturation si le recours au CMSS était supprimée. Par contre la CEM ne peut soutenir telle quelle la demande de modification de l'alinéa 7 proposée. En effet, seul le CMSS peut demander des renseignements médicaux à un médecin, or cette demande est sous-entendue dans l'alinéa 7 qui dit que « *le médecin ne peut mettre en compte qu'une seule séance par période de vingt-quatre heures commençant à minuit, à moins qu'il ne justifie que les particularités du cas ont rendu nécessaires plusieurs séances au cours du même jour. »*

Enfin, rappelant que l'avis juridique demandé a précisé que « *les considérations de simplification administrative ne sauraient par ailleurs constituer une motivation suffisante pour supprimer l'avis du CMSS requis dans un acte ou pour la prise en charge d'un acte, alors que cela reviendrait à supprimer sans autre motivation pertinente une des missions essentielles du CMSS, à savoir, en application de l'article 420 du CMSS, d'autoriser la prise en charge des prestations de soins de santé visées à l'article 17, alinéa 1 pour autant qu'une autorisation médicale de prise en charge est prescrite par les lois, règlements ou statuts.* », la CEM laisse la CN décider si elle introduit ou non ces deux demandes de modifications de l'alinéa 9 dans le RDG modifié du 21 décembre 1998.

1 Objet de la saisine

Par courrier du **10 février 2021**, la Commission de nomenclature (CN) a soumis à l'analyse de la Cellule d'expertise médicale (CEM), la saisine 16/2020 (saisine 2021-02 de la CEM) relative à deux modifications de l'article 9 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. (Abrégé dans la suite du texte en : RDG modifié du 21 décembre 1998)

La demande est présentée en annexe et comprend une demande standardisée dans le cadre de la saisine de la CN dûment complétée.

L'organisme demandeur est le Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS).

La nature de la requête est une demande de **modification des alinéas 4 et 7 de l'article 9 du RDG modifié du 21 décembre 1998.**

La demande standardisée comprend deux propositions de modifications distinctes :

- La suppression de la deuxième phrase de l'alinéa 4 de l'article 9 du RDG modifié du 21 décembre 1998 soit : ***« Ces actes sont soumis à l'accord du contrôle médical sur présentation des rapports opératoires relatifs »***, en résulterait ce qui suit : *« Par dérogation aux dispositions de l'alinéa 1 du présent article, les actes suivant le troisième acte peuvent donner lieu à honoraires à raison de cinquante pour cent pour les actes techniques effectués lors du traitement opératoire d'un malade polytraumatisé au cours de la première hospitalisation. Par malade polytraumatisé, il est entendu : patient qui a subi plusieurs traumatismes (plaie(s), fracture(s), brûlure(s).,,) dont au moins un met en danger les fonctions vitales. »*,
- La suppression au niveau de **l'alinéa 7** de l'article 9 du RDG modifié du 21 décembre 1998 des termes ***« et que cette justification trouve l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale »*** en résulterait ce qui suit *« Le médecin ne peut mettre en compte qu'une seule séance par période de vingt-quatre heures commençant à minuit, à moins qu'il ne justifie que les particularités du cas ont rendu nécessaires plusieurs séances au cours du même jour. »*

Le demandeur motive sa demande comme suit :

« Eu égard aux modifications introduites par le règlement grand-ducal du 24 avril 2020 à l'article 9 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 et en vue de garantir une efficience dans le traitement des demandes de remboursement d'honoraires portant sur plusieurs actes techniques cumulés, le Contrôle médical de la sécurité sociale estime que le fait de requérir à son avis dans les cadres sus-invoqués est superfétatoire et n'apporte aucune réelle et objective plus-value. »

Le demandeur spécifie que les actes techniques considérés sont dispensés au bloc opératoire.

Le demandeur estime que cette proposition de modification de l'article 9 du RDG modifié du 21 décembre 1998 n'influence pas les actes figurant déjà dans la nomenclature, mais que *« c'est une mesure de simplification administrative du traitement des demandes, émanant des médecins,*

relatives au remboursement d'honoraires cumulant plusieurs actes tectniques ayant pour objevtif de permettre à la Caisse nationale de santé de les rembourser dans le plus court délai. »

Cette saisine a été déclarée recevable par la CN le 27 janvier 2021.

2 Analyse de la demande standardisée adressée à la CEM

Conformément à l'article 4 du règlement grand-ducal du 30 juillet 2011 relatif au fonctionnement de la Commission de nomenclature, la CEM révise, le cas échéant, la première partie et établit sur base de son analyse la deuxième partie de la demande standardisée.

La demande standardisée propose deux modifications de l'article 9 du RGD modifié du 21 décembre 1998. Cet article 9 avait déjà été modifié en janvier 2019 et avril 2020 sans que la CEM ne soit sollicitée.

Selon l'article 65bis alinéa 1, point 1. du Code de la sécurité sociale (CSS), la CEM, a pour missions « *de proposer, en s'orientant suivant des référentiels acquis par la science, le libellé et les coefficients des actes, d'en produire une définition complète et d'en préciser les indications et les conditions d'application.* » Cette saisine demande un avis sur la pertinence de la prise en charge par la CNS, sans accord du CMSS, de mémoire d'honoraires comprenant plus de trois actes techniques réalisés lors d'une même séance lorsque le prestataire prend en charge chirurgicalement un assuré polytraumatisé dont le pronostic vital est en jeu et/ou de pouvoir rembourser pour un même assuré plus d'une même séance un même jour. La CEM a demandé l'avis du service juridique de l'IGSS pour savoir si cette saisine proposant la suppression d'avis médicaux que le CMSS apportent à la CNS dans le cadre de la facturation d'actes techniques et de séances, était dans ses compétences. En effet cette saisine tend à modifier l'idée du législateur qui a souhaité une validation médicale des mémoires d'honoraires mettant en compte plus de 3 actes techniques au cours d'une même séance spécifiquement dans la prise en charge d'assurés polytraumatisés et de la facturation pour un même assuré plus d'une même séance au cours d'une journée. Or le CMSS est la seule administration du Ministère de la sécurité sociale qui peut demander à un médecin des données médicales concernant l'état de santé d'un de ses patients. Les données médicales pouvant être demandées actuellement par l'article 9 sont les *« rapports opératoires relatifs »* et des justifications de l'état de santé d'un assuré nécessitant une reprise chirurgicale d'une intervention initiale, les deux interventions étant réalisées le même jour.

Le Service juridique de l'IGSS indique que l'« on peut lire dans le commentaire de l'article 65bis du CSS (PL n°6196, article 1er, point 36°) : *(…) Bien qu'exemplaire par l'engagement de ces membres, qui s'investissent à côté de leurs activités principales pleinement dans les travaux, la Commission de nomenclature n'a pas les ressources nécessaires afin de garder la nomenclature à jour, aussi bien en fonction du progrès médical, des nombreuses demandes lui soumises ou d'une maintenance régulièrement requise. La nouvelle Cellule d'expertise médicale représente une ressource permanente, destinée à soutenir et à contribuer à la cohérence de ces travaux. Si la nomenclature doit répondre aussi bien aux critères d'une structure de rémunération transparente et correcte, qu'aux nécessités d'un outil de pilotage efficace de notre système de santé, il faut obligatoirement prévoir les mécanismes et compétences nécessaires. (…) ».* Ainsi, conformément à l'article 4, tiret 10 du RGD du 30 juillet 2011 relatif au fonctionnement de la Commission de nomenclature des actes et services pris en charge par l'assurance maladie, la CEM « *complète dans la mesure du possible la demande standardisée d'inscription, entre autres, par une étude de l'impact économique de l'inscription, de la modification ou de la suppression de l'acte. »* Le Service juridique précise « *qu'il convient d'en conclure que la CEM est compétente pour apprécier les conditions dans lesquelles le cumul de plusieurs actes techniques peut être facturé. »*

3 Méthode de recherche

Le demandeur justifiant sa demande selon l'argumentaire suivant : *« Eu égard aux modifications introduites par le règlement grand-ducal du 24 avril 2020 à l'article 9 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 et en vue de garantir une efficience dans le traitement des demandes de remboursement d'honoraires portant sur plusieurs actes techniques cumulés, le Contrôle médical de la sécurité sociale estime que le fait de requérir à son avis dans les cadres sus-invoqués est superfétatoire et n'apporte aucune réelle et objective plus-value. »*, la CEM a comparé la version de l'article 9 avant les modifications introduites le 24 avril 2020 à celle au 01.03.2021 pour comprendre la demande.

Pour essayer d'évaluer un éventuel impact économique des modifications demandées, la CEM a essayé de mettre en évidence d'une part le nombre d'assurés polytraumatisés pris en charge dans les hôpitaux et pour qui plus de 3 actes de traitement de fractures, de brûlures ou de plaies ont été remboursés par la CNS en 2019 et d'autre part le nombre d'assurés qui ont bénéficié d'une reprise chirurgicale. Pour ces deux exercices la CEM a sollicité l'aide du service Etudes et analyses de l'IGSS. La CEM a aussi demandé à la CNS si elle pouvait lui communiquer le nombre de fois où elle a sollicité l'aide du CMSS pour valider les mémoires d'honoraires en questions dans les deux demandes de modifications de l'article 9.

Pour faciliter l'écriture de son avis, la CEM a décidé de séparer l'analyse de cette double demande de modification de l'article 9 du RDG modifié du 21 décembre 1998 en 2 parties :

1. la première partie analyse la demande de **modification de l'alinéa 4 de l'article 9** du RDG modifié du 21 décembre 1998 consistant à supprimer le besoin d'accord du CMSS pour que la CNS prenne en charge, des actes techniques après le troisième acte. Ces actes doivent être effectués lors du traitement opératoire d'un malade polytraumatisé dont le pronostic vital est en jeu, au cours de la première hospitalisation ;
2. la deuxième partie analyse la demande **de modification de l'alinéa 7 de l'article 9** du RDG modifié du 21 décembre 1998 consistant à supprimer le besoin d'accord du CMSS pour prendre en charge plus d'une même séance facturée par un même médecin à un même assuré par période de 24 heures commençant à minuit.

4 Résultats de la recherche

4.1 Contexte et périmètre de la demande

La CEM comprend par cette saisine que le CMSS demande à ne plus avoir à donner d'avis à la CNS sur le bienfondé du cumul de plus de trois actes techniques sur un même mémoire d'honoraires ou de plus d'une même séance dans une même journée.

L'article 9 du RDG modifié du 21 décembre 1998 se lisait **avant le 24 avril 2020** comme suit :

Cumul de plusieurs actes techniques

Art. 9.- Lorsqu'au cours d'une même séance, plusieurs actes techniques sont effectués sur une même personne par le même médecin, celui-ci a droit au tarif de l'acte dont le coefficient est le plus élevé ainsi qu'à cinquante pour cent du tarif du deuxième acte et le cas échéant, du troisième acte. Les actes suivant le troisième acte ne donnent pas lieu à honoraires. Le médecin note le tarif réduit en application du présent article sur le mémoire d'honoraires en complétant le code de l'acte par la lettre "R". Toutefois, un seul acte sera porté en compte pour les associations d'actes comportant au moins un acte de la sous-section 3 de la section 3, de la sous-section 3 de la section 4 ou de la section 6 du chapitre 2 « Chirurgie », à l'exception des cas suivants :

- le cumul d'un acte spécifié comme « acte complémentaire » avec un autre acte, tel que précisé dans les remarques ;
- le cumul non prévu au tiret ci-dessus, sous condition d'un accord du contrôle médical de la sécurité sociale.

Si plusieurs interventions sont faites dans le même champ opératoire, en principe la plus fortement tarifée sera seule portée en compte. Toutefois les règles de cumul décrites au niveau de l'alinéa qui précède peuvent être appliquées avec l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale.

Les actes auxquels la réduction de cinquante pour cent prévue à l'alinéa premier ne s'applique pas sont signalés par les lettres "CAT" (cumul à plein tarif avec autre acte technique autorisé).

Par dérogation aux dispositions qui précèdent, les actes de radiodiagnostic prévus à la section 1 du chapitre 8 de la deuxième partie de l'annexe peuvent être cumulés à plein tarif entre eux, à l'exception des restrictions inscrites dans ce même chapitre. Ces actes de radiodiagnostic sont considérés dans leur ensemble comme un seul acte technique en vue de l'application de l'alinéa 1er du présent article. Le tarif des films prévus à la sous-section 1 s'ajoute à celui de l'acte de radiodiagnostic à condition que celui-ci soit effectué en milieu extra-hospitalier.

Par dérogation aux dispositions de l'alinéa 1 du présent article, les actes suivant le troisième acte peuvent donner lieu à honoraires à raison de cinquante pour cent pour les actes techniques effectués lors du 1er traitement opératoire d'un malade polytraumatisé. Ces actes sont soumis à l'accord du contrôle médical sur présentation du rapport opératoire.

Aucune prestation ne peut être cumulée avec une prestation dont elle fait partie intégrante. Par dérogation à ce qui précède, la cœlioscopie (6G31) peut être cumulée avec l'acte opératoire auquel elle se rapporte.

Est à considérer comme opération bilatérale la même opération effectuée des deux côtés. Si elle est faite en une séance, le tarif de l'opération unilatérale est majoré de cinquante pour cent et le médecin note le tarif majoré sur le mémoire d'honoraires en complétant le code de l'acte par la lettre "B".

Le médecin ne peut mettre en compte qu'une seule séance par période de vingt-quatre heures commençant à minuit, à moins qu'il ne justifie que les particularités du cas ont rendu nécessaires plusieurs séances au cours du même jour et que cette justification trouve l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale.

Extrait de la Nomenclature des actes et des services des médecins et médecins dentistes version coordonnée du 01.01.2020

Les modifications mentionnées par le demandeur, introduites par le RDG du **24 avril 2020 sont :**

« Art.1er.

L'article 9 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 est modifié comme suit :

1. *À l'alinéa 1er, la dernière phrase est supprimée.*
2. *L'alinéa 2 est supprimé.*
3. *L'alinéa 5, devenu l'alinéa 4, prend la teneur suivante :*

- *A la première phrase le terme « 1er » est supprimé et la fin de ladite phrase est complétée par les termes « au cours de la première hospitalisation ».*
- *À la deuxième phrase, les termes « du rapport opératoire » sont remplacés par les termes « des rapports opératoires relatifs ».*
- *À la suite de la deuxième phrase, il est inséré une nouvelle phrase qui prend la teneur suivante : « Par un malade polytraumatisé, il est entendu : un patient qui a subi plusieurs traumatismes (plaie(s), fracture(s), brûlure(s)…) dont au moins un met en danger les fonctions vitales ».*

Les exposées des motifs et commentaires des articles sont :

« Point 1 :
La modification du 1er alinéa de l'article 9 de la nomenclature des médecin et médecins-dentistes, ***a été mise en application en janvier 2019****. La finalité de contrôle voulu par cet ajout est contreproductive, avec la génération de retard dans le traitement des remboursements, sans réelle plus-value objectivée depuis lors par la CNS.*
De même, la notion d'actes dans le même champ opératoire est difficilement applicable à la seule lecture des codes de facturation.
Point 3
Le premier traitement opératoire d'un malade polytraumatisé vise en principe la stabilisation vitale de celui-ci. Les traitements qui suivent cette première prise en charge comprennent souvent de multiples et complexes interventions chirurgicales. L'alinéa 5 de l'article 9 tel qu'il est actuellement rédigé, limite la rémunération des actes prestés lors des interventions chirurgicales réalisées après la première prise en charge chirurgicale.
Afin de ne pas influencer la prise en charge pour des questions de facturation, il est proposé de ne pas limiter à une le nombre d'intervention au cours de la première hospitalisation dans ces situations. »

L'article 9 du RDG modifié du 21 décembre 1998 dans la version du **01.03.2021** prend la teneur suivante :

Cumul de plusieurs actes techniques

Art. 9.- Lorsqu'au cours d'une même séance, plusieurs actes techniques sont effectués sur une même personne par le même médecin, celui-ci a droit au tarif de l'acte dont le coefficient est le plus élevé ainsi qu'à cinquante pour cent du tarif du deuxième acte et le cas échéant, du troisième acte. Les actes suivant le troisième acte ne donnent pas lieu à honoraires. Le médecin note le tarif réduit en application du présent article sur le mémoire d'honoraires en complétant le code de l'acte par la lettre "R".

Les actes auxquels la réduction de cinquante pour cent prévue à l'alinéa premier ne s'applique pas sont signalés par les lettres "CAT" (cumul à plein tarif avec autre acte technique autorisé).

Par dérogation aux dispositions qui précèdent, les actes de radiodiagnostic prévus à la section 1 du chapitre 8 de la deuxième partie de l'annexe peuvent être cumulés à plein tarif entre eux, à l'exception des restrictions inscrites dans ce même chapitre. Ces actes de radiodiagnostic sont considérés dans leur ensemble comme un seul acte technique en vue de l'application de l'alinéa 1er du présent article. Le tarif des films prévus à la sous-section 1 s'ajoute à celui de l'acte de radiodiagnostic à condition que celui-ci soit effectué en milieu extra-hospitalier.

Par dérogation aux dispositions de l'alinéa 1 du présent article, les actes suivant le troisième acte peuvent donner lieu à honoraires à raison de cinquante pour cent pour les actes techniques effectués lors du traitement opératoire d'un malade polytraumatisé au cours de la première hospitalisation. Ces actes sont soumis à l'accord du contrôle médical sur présentation des rapports opératoires relatifs. Par un malade polytraumatisé, il est entendu : un patient qui a subi plusieurs traumatismes (plaie(s), fracture(s), brûlure(s)…) dont au moins un met en danger les fonctions vitales.

Aucune prestation ne peut être cumulée avec une prestation dont elle fait partie intégrante. Par dérogation à ce qui précède, la cœlioscopie (6G31) peut être cumulée avec l'acte opératoire auquel elle se rapporte.

Est à considérer comme opération bilatérale la même opération effectuée des deux côtés. Si elle est faite en une séance, le tarif de l'opération unilatérale est majoré de cinquante pour cent et le médecin note le tarif majoré sur le mémoire d'honoraires en complétant le code de l'acte par la lettre "B".

Le médecin ne peut mettre en compte qu'une seule séance par période de vingt-quatre heures commençant à minuit, à moins qu'il ne justifie que les particularités du cas ont rendu nécessaires plusieurs séances au cours du même jour et que cette justification trouve l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale.

Extrait de la Nomenclature des actes et services des médecins et médecins dentistes, version coordonnée du 1er mars 2021.

Selon la convention entre la CNS et l'AMMD, par ***« séance »*** *on désigne « le contact journalier entre un médecin et un patient ayant engendré au moins une prestation de la nomenclature des médecins prise en charge par l'assurance maladie ou l'assurance accident ».*

Réponse au premier volet de la demande standardisée :

Le CMSS propose de supprimer la phrase « ***~~Ces actes sont soumis à l'accord du contrôle médical sur présentation des rapports opératoires relatifs »~~*** de l'alinéa 4 de l'article 9 du RDG modifié du 21 décembre 1998, l'alinéa 4 deviendrait *« Par dérogation aux dispositions de l'alinéa 1 du présent article, les actes suivant le troisième acte peuvent donner lieu à honoraires à raison de cinquante pour cent pour les actes techniques effectués lors du traitement opératoire d'un malade polytraumatisé au cours de la première hospitalisation. Par malade polytraumatisé, il est entendu : patient qui a subi plusieurs traumatismes (plaie(s), fracture(s), brûlure(s).,,) dont au moins un met en danger les fonctions vitales. »* Le CMSS justifie cette proposition de suppression de son

accord par « *le fait de requérir à son avis dans les cadres sus-invoqués est superfétatoire et n'apporte aucune réelle et objective plus-value.* » suite aux modifications introduites à l'article 9 en avril 2020.

La CEM rappelle qu'elle n'a pas été saisie pour une demande d'avis lors des diverses modifications de l'article 9 survenues depuis la version coordonnée du 1er janvier 2018. Elle a dû faire une recherche pour comprendre cette motivation du CMSS.

Dans la version coordonnée de la nomenclature des actes et des services des médecins **du 01.01.2018, l'article 9** se lisait comme suit **:**

« Cumul de plusieurs actes techniques

Art.9.- *Lorsqu'au cours d'une même séance, plusieurs actes techniques sont effectués sur une même personne par le même médecin, celui-ci a droit au tarif de l'acte dont le coefficient est le plus élevé ainsi qu'à cinquante pour cent du tarif du deuxième acte et le cas échéant, du troisième acte. Les actes suivant le troisième acte ne donnent pas lieu à honoraires. Le médecin note le tarif réduit en application du présent article sur le mémoire d'honoraires en complétant le code de l'acte par la lettre "R".*

Si plusieurs interventions sont faites dans le même champ opératoire, en principe la plus fortement tarifée sera seule portée en compte. Toutefois les règles de cumul décrites au niveau de l'alinéa qui précède peuvent être appliquées avec l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale.

Les actes auxquels la réduction de cinquante pour cent prévue à l'alinéa premier ne s'applique pas sont signalés par les lettres CAT (cumul à plein tarif avec autre acte technique autorisé)

Par dérogation aux dispositions qui précèdent, les actes de radiodiagnostic …….

Par dérogation aux dispositions de l'alinéa 1 du présent article, les actes suivant le troisième acte peuvent donner lieu à honoraires à raison de cinquante pour cent pour les actes techniques effectués lors du 1er traitement opératoire d'un malade polytraumatisé. Ces actes sont soumis à l'accord du contrôle médical sur présentation du rapport opératoire.

Aucune prestation ne peut-être cumulée avec une prestation dont elle fait partie intégrante. …..
Est à considérer comme opération bilatérale la même opération effectuée des deux côtés. ……..

Le médecin ne peut mettre en compte qu'une seule séance par période de vingt-quatre heures commençant à minuit, à moins qu'il ne justifie que les particularités du cas ont rendu nécessaires plusieurs séances au cours du même jour et que cette justification trouve l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale. »

Dans la version coordonnée **du 01.01.2019 le début de l'article 9 a été modifié,** il est devenu :

Cumul de plusieurs actes techniques

Art.9.- *Lorsqu'au cours d'une même séance, plusieurs actes techniques sont effectués sur une même personne par le même médecin, celui-ci a droit au tarif de l'acte dont le coefficient est le plus élevé ainsi qu'à cinquante pour cent du tarif du deuxième acte et le cas échéant, du troisième acte. Les actes suivant le troisième acte ne donnent pas lieu à honoraires. Le médecin note le tarif réduit en application du présent article sur le mémoire d'honoraires en complétant le code de l'acte par la lettre "R".* ***Toutefois, un seul***

acte sera porté en compte pour les associations d'actes comportant au moins un acte de la sous-section 3 de la section 3, de la sous-section 3 de la section 4 ou de la section 6 du chapitre 2 « Chirurgie », à l'exception des cas suivants :

Le cumul d'un acte spécifié comme « acte complémentaire » avec un acte, tel que précisé dans les remarques ;

Le cumul prévu au tiret ci-dessus, sous condition d'un accord du contrôle médical de la sécurité sociale

……

Les modifications introduites en janvier 2019 ont été supprimées quelques mois plus tard, en avril 2020, car l'exposé des motifs : « *La finalité de contrôle voulu par cet ajout est contreproductive, avec la génération de retard dans le traitement des remboursements, sans réelle plus-value objectivée depuis lors par la CNS.* »

Les ajouts au premier alinéa de l'article 9 dans la version coordonnée de janvier 2019 portaient spécifiquement sur les nouveaux actes dit « actes complets » introduits lors du processus de mise à jour de la nomenclature qui a débuté en 2016. Ces nouveaux libellés d'actes devaient permettre, dans la grande majorité des cas, de décrire l'intervention dans son ensemble sauf pour quelques exceptions d'interventions rares et plus complexes pour lesquelles un acte complémentaire pouvait aussi être porté en compte sur le mémoire d'honoraires. (Voir les rapports du Dr Sommer de ASInstitute joints par la CNS aux saisines respectives de la CN). Les nomenclatures mises à jour selon cette méthodologie ont été introduites au fur et à mesure de leur acceptation par la CN à partir d'avril 2016 dans la deuxième partie actes techniques de la nomenclature des médecins. Il s'agit des actes d**'arthroscopie du genou** (Sous-section 3, de la Section 3 - Chirurgie des os et des articulations), de chirurgie des **prothèses** (Sous-section 3 de la Section 4 - Chirurgie des membres) et **de chirurgie de l'appareil digestif et de l'abdomen** (Section 6).

Les modifications de l'article 9 introduites **le 24 avril 2020**, consistaient en :

a. **La suppression de la dernière phrase de l'alinéa 1** :
   « Toutefois, un seul acte sera porté en compte pour les associations d'actes comportant au moins un acte de la sous-section 3 de la section 3, de la sous-section 3 de la section 4 ou de la section 6 du chapitre 2 « Chirurgie », à l'exception des cas suivants : - le cumul d'un acte spécifié comme « acte complémentaire » avec un autre acte, tel que précisé dans les remarques ; - le cumul non prévu au tiret ci-dessus, sous condition d'un accord du contrôle médical de la sécurité sociale. »
b. **La suppression de l'alinéa 2** :
   Si plusieurs interventions sont faites dans le même champ opératoire, en principe la plus fortement tarifée sera seule portée en compte. Toutefois les règles de cumul décrites au niveau de l'alinéa qui précède peuvent être appliquées avec l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale.
c. **La modification de l'alinéa 5, devenu alinéa 4**:
   i. A la première phrase le terme « 1er » est supprimé et la fin de ladite phrase est complétée par les termes « *au cours de la première hospitalisation* ».
   ii. À la deuxième phrase, les termes « du rapport opératoire » sont remplacés par les termes « des rapports opératoires relatifs ».
   iii. À la suite de la deuxième phrase, il est inséré une nouvelle phrase qui prend la teneur suivante : *« Par un malade polytraumatisé, il est entendu : un patient qui a subi plusieurs traumatismes (plaie(s), fracture(s), brûlure(s)…) dont au moins un met en danger les fonctions vitales ».*

La rédaction de l'article 9 est ainsi devenu ce qu'il est actuellement et que le CMSS propose de modifier une nouvelle fois.

En analysant l'évolution de la rédaction de l'article 9 relatif aux cumuls de plusieurs actes techniques depuis le 1er janvier 2018, la CEM constate d'une part que l'ajout de 2019 qui tendait à limiter le nombre d'actes à tarifs réduits opposables avec un acte des parties de nomenclatures mises à jour selon le principe de « l'acte complet », a été supprimé en avril 2020 car comme on peut le lire dans l'exposé des motifs : « *la finalité de contrôle voulu par cet ajout est contreproductive, avec la génération de retard dans le traitement des remboursements, sans réelle plus-value objectivée depuis lors par la CNS.* » Or à la lecture des rapports dits « Sommer » sur les propositions de révision des nomenclatures de l'arthroscopie, de la chirurgie des prothèses ou de la chirurgie de digestive et abdominale, on comprend que les tarifs des actes complets proposés correspondent souvent au cumul de tarifs d'anciens actes de la nomenclature (en général 3) qui étaient utilisés pour facturer ces interventions par « analogie ». Ainsi, par la modification de l'article 9 introduite en avril 2020, le législateur autorise les médecins prestataires, sans besoin de l'accord du CMSS, à facturer jusqu'à 2 actes à tarifs réduits en complément d'un « nouvel acte » à plein tarif, ce qui revient de facto à pouvoir prendre en charge par la CNS 5 actes de l'ancienne nomenclature lors d'une même séance sans accord du CMSS, ce qui était impossible jusqu'au 24 avril 2020.

La suppression du deuxième alinéa de l'article 9 avec comme justification que « *la notion d'actes dans le même champ opératoire est difficilement applicable à la seule lecture des codes de facturation.* » permet la prise en charge de plusieurs interventions dans un même champ opératoire.

Le CMSS demande donc que son accord ne soit plus nécessaire pour rembourser plus de 3 actes dans la prise en charge chirurgicale des polytraumatisés dont un traumatisme met en jeux le pronostic vital en utilisant les mêmes argumentaires que ceux utilisés par le législateur en avril 2020.

La CEM souligne que la prise en charge hospitalière des malades polytraumatisés « repose sur un algorithme précis, connu de tous » et « nécessite des stratégies prédéfinies et opérationnelles » (A. Ricard-Hibon, 2013). De même la prise en charge des malades polytraumatisés nécessite l'intervention d'équipes pluridisciplinaires afin de déployer les soins appropriés pour des actes médico-chirurgicaux complexes. Le passage au bloc opératoire pour des interventions chirurgicales urgentes, après un bilan initial, fait souvent partie du parcours coordonné des soins dédiés aux malades polytraumatisés. Les procédures opératoires peuvent comporter un cumul des plusieurs actes techniques effectués par le même médecin au cours d'une même séance opératoire, en fonction du type et de la gravité des blessures : plaies, fractures ou brûlures. Selon l'analyse de la Société allemande de traumatologie (DGU), 77% des patients polytraumatisés nécessitent au moins une intervention chirurgicale urgente. *(European Journal of Trauma and Emergency Surgery 2018).*

Les prises en charge de patients polytraumatisés étant formalisées et décrites, il ne semble pas nécessaire, en particulier lorsque le pronostic vital est en jeux, qu'une limitation de la facturation des actes soit imposée par le RDG modifié du 21 décembre 1998 alors qu'elle ne l'est plus pour des actes comme les arthroscopies du genou ou les poses de prothèse articulaire par exemple.

Concernant l'enjeux pour le système de soin de ne plus avoir d'accord du CMSS pour valider ces mémoires d'honoraires, la CEM indique que le CHL en 2016 a accueilli 54

polytraumatisés et 74 en 2017. Selon la moyenne 2016 de tous les hôpitaux participant au TraumaNetzwerk dont le CHL fait partie, le taux de mortalité des polytraumatisés était de 9,5%. Au CHL, ce taux de mortalité était de 7,3%. La prise en charge des patients polytraumatisés semble donc encadrée par les recommandations de ce réseau. Par contre la CEM ne peut déterminer a priori combien d'actes complémentaires devraient être pris en charge lors des interventions pour plaies, et/ou fractures et/ou brûlures, lors de la première hospitalisation d'un assuré polytraumatisé, le législateur indiquant d'ailleurs dans son argumentaire : « *Le premier traitement opératoire d'un malade polytraumatisé vise en principe la stabilisation vitale de celui-ci.* ***Les traitements qui suivent cette première prise en charge comprennent souvent de multiples et complexes interventions chirurgicales****. L'alinéa 5 de l'article 9 tel qu'il est actuellement rédigé, limite la rémunération des actes prestés lors des interventions chirurgicales réalisées après la première prise en charge chirurgicale.*
Afin de ne pas influencer la prise en charge pour des questions de facturation, il est proposé de ne pas limiter à une le nombre d'intervention au cours de la première hospitalisation dans ces situations. »
La CEM souligne ainsi que les modifications introduites par règlement grand-ducal en avril 2020 laissent une très grande liberté de facturation de la prise en charge des assurés polytraumatisés lors de la première prise en charge hospitalière qui peut être longue. Même si ces cas sont peu nombreux, qu'ils doivent être pris en charge selon les recommandations de bonnes pratiques, l'enjeu pécunier pour la CNS ne peut être évalué a priori de façon systématisée, de très nombreux organes pouvant présenter des lésions décrites comme plaie, fracture ou brûlure.

La CNS n'a pas de statistique concernant le nombre de mémoires d'honoraires qu'elle donne à expertiser au CMSS. La CEM ne peut donc indiquer à la CN si la charge de travail engendrée par cet alinéa de l'article 9 est importante ou non, elle ne peut pas non plus savoir quel est le temps supplémentaire ajouté par cette demande d'expertise dans la procédure de remboursement de la CNS. D'après les données produites par le service Etudes et analyses de l'IGSS, moins de 10 cas de tels mémoires d'honoraires (plus de 3 actes de prises en charge de plaies, fractures ou brûlures pris en charge) auraient été enregistré en 2019, mais ces chiffres sont à prendre en compte de manière très relative, sans rapport opératoire, il est difficile de déterminer la mise en jeu du pronostic vital mentionnée dans l'article.

Réponse au deuxième volet de la demande standardisée.

Toujours avec le même argument d'efficience dans le remboursement des honoraires de soins des médecins, le CMSS propose la suppression à l'alinéa 7 de l'article 9, de son obligation d'accord pour que la CNS rembourse plus d'une même séance par 24 heures commençant à minuit, l'alinéa 7 deviendrait : *« Le médecin ne peut mettre en compte qu'une seule séance par période de vingt-quatre heures commençant à minuit, à moins qu'il ne justifie que les particularités du cas ont rendu nécessaires plusieurs séances au cours du même jour. »*

La CEM se demande néanmoins qui pourra *« justifier que les particularités du cas ont rendu nécessaires plusieurs séances au cours du même jour »*, si la validation du CMSS est supprimée. En effet, le CMSS est la seule administration du Ministère de la sécurité sociale qui peut demander à un médecin un rapport opératoire ou des explications médicales concernant l'état de santé d'un assuré. Même si les reprises chirurgicales le même jour sont rares et ont souvent un caractère d'urgence, reste que la rédaction proposée par le CMSS de l'alinéa 7 continue de sous-entendre le recours à une validation médicale de la facturation de plusieurs mêmes séances un même jour. La CEM attire donc l'attention de la CN sur ce fait.

Comme pour le cas de l'alinéa 5 la CEM n'a obtenu aucunes données pertinentes qui permettraient d'estimer un éventuel enjeux financier engendré par la modification de cet alinéa.

2 Conclusion générale et perspectives pour les deux saisines

La CEM n'a aucun élément scientifique permettant d'argumenter en faveur ou non des demandes du CMSS. L'article 9 du RDG modifié du 21 décembre 1998 décrit les règles de facturation de plusieurs actes techniques et les conditions dans lesquelles certains mémoires honoraires spécifiques sont opposables à la CNS. Il a été modifié en 2019 pour introduire des limitations dans le nombre d'actes qui pouvaient être facturés avec des actes introduit dans le cadre de la procédure de mise à jour de la nomenclature des actes et des services des médecins. En avril 2020 le législateur avait estimé que « *la finalité de contrôle voulu par cet ajout* (celui de 2019) *est contre-productive, avec la génération de retard dans le traitement des remboursements, sans réelle plus-value objectivée depuis lors par la CNS ».* Le premier aliéna de l'article 9 avait repris sa formulation d'avant 2019, le 2ème alinéa avait été supprimé et l'alinéa 4 avait lui aussi été modifié pour introduire la possibilité de prendre en charge plusieurs interventions dans le cadre du traitement d'un polytraumatisé. Ces changements successifs ont été fait sans que la CN ne saisine la CEM.

La CEM a montré comment ses modifications successives rendaient implicitement possible le remboursement de plus de 3 actes techniques dans un même champ opératoire sans avis du CMSS. Cette administration semble donc en droit de considérer que *« eu égard aux modifications introduites par le règlement grand-ducal du 24 avril 2020 à l'article 9 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 et en vue de garantir une efficience dans le traitement des demandes de remboursement d'honoraires portant sur plusieurs actes techniques cumulés, le Contrôle médical de la sécurité sociale estime que le fait de requérir à son avis dans les cadres sus-invoqués est superfétatoire et n'apporte aucune réelle et objective plus-value. ».*

Pour la CEM, malgér le risque d'inflation des montants des prises en charges chrirugicales des assurés polytraumatisés, il n'y a pas lieu d'introduire une limitation du nombre d'actes opposables sur les mémoires d'honoraires puisqu'il est précisé dans l'exposé des motifs de la proposition de nouveau RDG du 21 avril 2020 que « ***les traitements qui suivent cette première prise en charge comprennent souvent de multiples et complexes interventions chirurgicales***. *L'alinéa 5 de l'article 9 tel qu'il est actuellement rédigé, limite la rémunération des actes prestés lors des interventions chirurgicales réalisées après la première prise en charge chirurgicale.*
Afin de ne pas influencer la prise en charge pour des questions de facturation, il est proposé de ne pas limiter à une le nombre d'intervention au cours de la première hospitalisation dans ces situations. »

Concernant l'alinéa 7, la demande du CMSS de retirer la mention *« et que cette justification trouve l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale »* n'est pas compatible avec la nouvelle rédaction de l'alinéa 7 proposée. Le besoin d'une justification médicale *« des particularités du cas ont rendu nécessaires plusieurs séances au cours du même jour »,* reste précisée dans cet alinéa. Or seul le CMSS est habilité à demander des renseignements médicaux sur l'état de santé des assurés.

L'argumentation d'un besoin de simplification administrative ne semble pas être une raison valable pour vouloir modifier une 3ème fois l'article 9 du RDG modifié du 21 décembre 1998 puisque d'après l'avis juridique demandé *« les considérations de simplification administrative ne sauraient par ailleurs constituer une motivation suffisante pour supprimer l'avis du CMSS requis dans un acte ou pour la prise en charge d'un acte, alors que cela reviendrait à supprimer sans autre motivation pertinente une des missions essentielles du CMSS, à savoir, en application de l'article 420 du CMSS, d'autoriser la prise en charge des prestations de soins de santé visées à l'article 17, alinéa 1 pour autant qu'une autorisation médicale de prise en charge est prescrite par les lois, règlements ou statuts. ».*

Sans argument scientifique pertinent permettant d'orienter un avis, la CEM laisse la CN décider quelle attitude adopter vis-à-vis de cette demande standardisée du CMSS : refuser les demandes de modification de l'article 9 bien qu'une semble cohérente avec les suppressions intervenues dans l'article 9 en avril 2020, accepter les 2 propositions privant ainsi la CNS du concours du CMSS dans la validation de certains mémoires d'honoraires spécifiques, accepter la seule modification de l'alinéa 4 sans connaitre les implications pécuniaires pour la CNS et réécrire l'alinéa 7 ou le supprimer, personne ne pouvant plus demander *« au médecin prestataire de justifier les particularités du cas qui ont rendu nécessaires plusieurs séances au cours du même jour »*, cette précision est ainsi inutile.

Bibliographie

Règlements et législation

Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg. *Règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie.* (1998) Luxembourg : Mémorial A N°118 du 30 décembre 1998.

Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg. *Règlement grand-ducal du 30 juillet 2011 relatif au fonctionnement de la Commission de nomenclature des actes et services pris en charge par l'assurance maladie.* (2011) Luxembourg : Mémorial A n°183 du 23 août 2011.

Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg. *Règlement grand-ducal du 24 avril 2020 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.* (2020) Luxembourg : Mémorial A352 du 04 mai 2020

Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg, *Code de la sécurité sociale. Lois et règlements.* 2020 Luxembourg.

Caisse Nationale de Santé (février 2018), Demande standardisée dans le cadre de la saisine de la Commission de nomenclature : nouvelle nomenclature – Codes de chirurgie de la hanche, Grand-Duché de Luxembourg, Dr. Alain SOMMER

Caisse Nationale de Santé, Version coordonnée au 01.01.2018 de la nomenclature des actes et services des médecins, médecins-dentistes et tarifs applicables. Grand-Duché de Luxembourg

Caisse Nationale de Santé, Version coordonnée au 01.01.2019 de la nomenclature des actes et services des médecins, médecins-dentistes et tarifs applicables. Grand-Duché de Luxembourg

Caisse Nationale de Santé, Version coordonnée au 01.01.2020 de la nomenclature des actes et services des médecins, médecins-dentistes et tarifs applicables. Grand-Duché de Luxembourg

Caisse Nationale de Santé, Version coordonnée au 30.03.2020 de la nomenclature des actes et services des médecins, médecins-dentistes et tarifs applicables. Grand-Duché de Luxembourg

Caisse Nationale de Santé, Version coordonnée au 01.03.2021 de la nomenclature des actes et services des médecins, médecins-dentistes et tarifs applicables. Grand-Duché de Luxembourg

Autres publications

Polytrauma Guideline Update Group, Level 3 guideline on the treatment of patients with severe/multiple injuries, European Journal of Trauma and Emergency Surgery (2018) 44 (Suppl 1):S3–S271, AWMF Register-Nr. 012/019, *https://doi.org/10.1007/s00068-018-0922-y(0123456789().,-volV)(0123456789(). consulté le 15/3/2021*

Ricard-Hibon A et al, Le patient polytraumatisé : les défis de l'accueil hospitalier, Urgences 2013 (Chapitre 41),
https://www.sfmu.org/upload/70_formation/02_eformation/02_congres/Urgences/urgences2013/donnees/pdf/041_Ricard_Hibon.pdfhttps://www.chl.lu/tags/traumatology

Centre Hospitalier de Luxembourg, Le CHL optimise la prise en charge du patient polytraumatisé *https://www.chl.lu/fr/presse/le-chl-optimise-la-prise-en-charge-du-patient-polytraumatise*

Association des médecins et médecins dentistes (AMMD), Convention entre la Caisse nationale de santé et l'Association des médecins et médecins-dentistes, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des assurances sociales Convention pour les médecins. Texte coordonné applicable à partir du 16.09.2020 *https://cns.public.lu/dam-assets/legislations/convention/cns-ammd-med-convention.pdf*

Glossaire des abréviations

Classement par ordre alphabétique :

CEM	Cellule d'expertise médicale
CHEM	Centre Hospitalier Emile Mayrisch
CHdN	Centre Hospitalier du Nord
CHL	Centre hospitalier du Luxembourg
CMSS	Contrôle Médical de la Sécurité Sociale
CN	Commission de nomenclature
CNS	Caisse Nationale de Santé
CSS	Code de la sécurité sociale
HRS	Hôpitaux Robert Schumann
IGSS	Inspection générale de la sécurité sociale
RGD	Règlement grand-ducal

Annexe

La demande standardisée 16/2020 de la CN.