



Avis de la Cellule d'expertise médicale

Analyse et propositions relatives aux demandes concernant d'une part l'ajout d'un article 15 quater au 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 d'autre part, l'introduction d'une section 7- Forfaits pour frais d'utilisation d'appareil au Chapitre 3 - Oto-Rhino-Laryngologie de la deuxième partie - Actes techniques, de l'annexe à ce règlement.

**Saisine de la Commission de nomenclature
15/2024**

(Référence CEM No. 2024 / 01)

Luxembourg, le 24 juillet 2024

Résumé exécutif

Par la saisine 15/2024 du 27 mai 2024, adressée par la Commission de nomenclature à la Cellule d'expertise médicale le 6 juin 2024, la Caisse nationale de santé propose l'ajout d'un article 15^{quater} au Règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (appelé par la suite nomenclature des médecins). L'article 15 : Frais d'appareil et de matériel de la nomenclature des médecins, définit les règles de mise en compte d'un tarif spécifique qui couvre les frais d'utilisation d'un appareil par un médecin et les règles d'écriture des codes utilisés pour les inscrire dans cette nomenclature des médecins. A la date de la rédaction de cet avis, l'article 15 ne comprend ni article 15^{bis}, ni article 15^{ter}. L'intitulé de l'article 15^{quater} proposé précise dans son 1^{er} alinéa que : « *Par dérogation à l'article 15, les forfaits pour frais d'utilisation d'appareil du chapitre 3 « Oto-Rhino-Laryngologie » de la deuxième partie « Actes techniques » du tableau des actes et services ne peuvent être mis en compte que lorsqu'un acte du chapitre 3 « Oto-Rhino- Laryngologie » de la deuxième partie « Actes techniques » du tableau des actes et services implique l'utilisation de cet appareil.* ».

Par cette saisine 15/2024, le demandeur propose aussi l'ajout d'une section 7 - Forfaits pour frais d'utilisation d'appareil, au chapitre 3 de la deuxième partie de l'annexe de la nomenclature des médecins. Après avoir pris en compte cette nomenclature dans sa dernière version publiée le 1^{er} juin 2024, le Code de la sécurité sociale et, en particulier, les articles 23, 65, 65^{bis} et 66, **la CEM ne peut aviser, par la forme et par le fond, ni l'introduction dans l'annexe de la nomenclature des médecins, d'une section 7 - Forfaits pour frais d'utilisation d'appareil dans le chapitre 3 - Oto-Rhino-Laryngologie telle que proposée, ni l'ajout d'un article 15^{quater} qui n'a pas de raison de figurer dans la nomenclature des médecins faute de l'existence des articles 15^{bis} et 15^{ter}.**

1 Objet de la saisine

Par lettre du 6 juin 2024, la Commission de nomenclature (CN) a soumis à l'analyse de la Cellule d'expertise médicale (CEM), la saisine relative à la demande standardisée du 27 mai 2024 (numéro d'enregistrement 15/2024 pour la CN et 2024-01 pour la CEM), concernant deux nouvelles inscriptions :

1. *Ajout d'un article 15^{quater} au règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie.*
2. *Ajout d'une section 7 au tableau des actes et services à la Deuxième partie : Actes techniques, Chapitre 3 - Oto-Rhino-Laryngologie, 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 saisine est présentée en annexe et comprend une demande standardisée dans le cadre de la saisine de la CN dûment complétée.

L'organisme demandeur est la Caisse nationale de santé (CNS).

La nature de la requête comprend deux demandes. La première concerne l'introduction d'un article 15^{quater} à l'article 15 - Frais d'appareil et frais de matériel, 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 (abrégié par la suite en nomenclature des médecins). L'article 15^{quater} proposé comprend 15 alinéas décrivant

essentiellement comment et pourquoi les forfaits pour utilisation d'appareil sont calculés. Le demandeur précise que ce nouvel article viendra s'insérer à la suite de l'article 15^{ter}.

La deuxième demande concerne l'introduction d'une Section 7 - Forfaits pour frais d'utilisation d'appareil, au chapitre 3 de la deuxième partie : Actes techniques de la nomenclature des médecins. Cette proposition de nouvelle section comprend 26 libellés complétés chacun par un code, un coefficient toujours à « néant » et un « montant » dont la grandeur n'est pas spécifiée et qui varie selon l'acte. Cette section 7 comprend 30 remarques expliquant comment et avec quels codes du chapitre 3, ces forfaits d'utilisation d'appareil peuvent être mis en compte sur le mémoire d'honoraire.

Le libellé exact de la requête concernant la demande d'ajout d'un article 15^{quater} à la nomenclature des médecins est le suivant :

« Par dérogation à l'article 15, les forfaits pour frais d'utilisation d'appareil du chapitre 3 « Oto-Rhino-Laryngologie » de la deuxième partie « Actes techniques » du tableau des actes et services ne peuvent être mis en compte que lorsqu'un acte du chapitre 3 « Oto-Rhino-Laryngologie » de la deuxième partie « Actes techniques » du tableau des actes et services implique l'utilisation de cet appareil.

La mise en compte des forfaits pour frais d'utilisation d'appareil n'est possible que pour les appareils installés en milieu extra-hospitalier ou dans un hôpital ne disposant pas de l'appareil en question et déclarés à la Caisse nationale de santé par le médecin ou l'association.

Ces forfaits englobent les frais d'amortissement et les frais de fonctionnement de l'appareil installé, dont notamment l'équipement principal, la maintenance corrective et évolutive, les consommables et les frais liés à l'archivage des résultats délivrés par l'appareil.

Le montant du forfait pour frais d'utilisation d'appareil varie en fonction de la classe à laquelle appartient l'appareil installé, de la date de la première prestation résultant de l'utilisation de l'appareil installé et prise en charge par l'assurance maladie, du nombre d'actes effectués et d'un seuil d'activité de référence.

Les seuils d'activité de référence doivent être appliqués par tranche de 12 mois. Le seuil d'activité de référence ainsi que les montants plein ou réduit y relatifs, retenus par classe d'appareil, sont fixés au chapitre 3 « Oto-Rhino-Laryngologie » de la deuxième partie « Actes techniques » du tableau des actes et services.

Afin de déterminer l'activité réelle annuelle, le décompte du nombre d'actes débute, pour une année X, le jour de la mise en compte du premier acte réalisé à l'aide de l'appareil installé et dont la prise en charge par l'assurance maladie est demandée, et s'achève au 31 décembre de la même année X.

Tant que l'appareil n'est pas amorti et que l'activité réelle annuelle est inférieure ou égale au seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé, le montant plein du forfait pour frais d'utilisation d'appareil est mis en compte.

Dès que l'activité réelle annuelle dépasse le seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé, le montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil doit être appliqué, que l'appareil soit amorti ou non.

Dès que l'appareil est considéré comme amorti, le montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil s'applique.

La durée de l'amortissement des appareils est calculée sur cinq ans révolus depuis la date de la première prestation réalisée à l'aide de l'appareil installé et prise en charge par l'assurance maladie.

Par dérogation à l'alinéa précédent, la durée de l'amortissement des appareils peut être prolongée jusqu'à sept ans révolus depuis la date de la première prestation réalisée à l'aide de l'appareil installé et prise en charge par l'assurance maladie, tant que pour au moins cinq ans sur cette période maximale de sept ans révolus, l'activité annuelle réelle est inférieure au seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé et à condition que le nombre de forfaits à montant plein pris en charge par l'assurance maladie reste inférieur à cinq fois le seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé.

Le montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil ne tient compte que des frais de fonctionnement de l'appareil de sorte que les frais d'amortissement de l'appareil ne puissent plus être mis en compte.

L'article 8, alinéa 1^{er} et l'article 9 ne s'appliquent pas au forfait pour frais d'utilisation d'appareil de sorte que le montant du forfait pour frais d'utilisation d'appareil se cumule avec tout autre acte technique autorisé.

L'intégralité du présent article 15quater ne s'applique qu'au chapitre 3 « Oto-Rhino-Laryngologie » de la deuxième partie « Actes techniques » du tableau des actes et services. »

Le libellé exact de la requête concernant la demande d'ajout d'une section 7 - Forfaits pour frais d'utilisation d'appareil au Chapitre 3 - Oto-Rhino-Laryngologie de la deuxième partie : Acte technique de l'annexe de la nomenclature des médecins, prend la teneur suivante :

« Section 7 - Forfaits pour frais d'utilisation d'appareil

| | Code | Coeff. | Montant |
|---|-------|--------|---------|
| 1) Echographe Classe I | GCJ11 | Néant | 45,00 |
| 2) Montant réduit pour échographe Classe I | GCJ12 | Néant | 5,00 |
| 3) Echographe Classe II | GCJ21 | Néant | 80,00 |
| 4) Montant réduit pour échographe Classe II | GCJ22 | Néant | 5,00 |
| 5) Echographe Classe III | GCJ31 | Néant | 105,00 |
| 6) Montant réduit pour échographe Classe III | GCJ32 | Néant | 5,00 |
| 7) Endoscope classe I | GDD11 | Néant | 7,00 |
| 8) Montant réduit pour endoscope classe I | GDD12 | Néant | 2,00 |
| 9) Endoscope classe II | GDD21 | Néant | 14,50 |
| 10) Montant réduit pour endoscope classe II | GDD22 | Néant | 2,00 |
| 11) Audiomètre Classe I | GFM11 | Néant | 9,50 |
| 12) Montant réduit pour audiomètre Classe I | GFM12 | Néant | 2,00 |
| 13) Audiomètre Classe II | GFM21 | Néant | 17,00 |
| 14) Montant réduit pour audiomètre Classe II | GFM22 | Néant | 2,00 |
| 15) Rhinomanomètre Classe I | GFM31 | Néant | 15,00 |
| 16) Montant réduit pour rhinomanomètre Classe I | GFM32 | Néant | 2,00 |
| 17) Impédancemètre Classe I | CGM41 | Néant | 15,00 |
| 18) Montant réduit pour impédancemètre Classe I | CGM42 | Néant | 2,00 |
| 19) Appareil d'enregistrement des potentiels évoqués auditifs Classe I | GFM51 | Néant | 32,00 |
| 20) Montant réduit pour appareil d'enregistrement des potentiels évoqués auditifs Classe I | GFM52 | Néant | 2,00 |
| 21) Appareil d'enregistrement des potentiels évoqués auditifs Classe II | GFM61 | Néant | 52,00 |
| 22) Montant réduit pour appareil d'enregistrement des potentiels évoqués auditifs Classe II | GFM62 | Néant | 2,00 |
| 23) Vidéonystagmographe Classe I | GFM71 | Néant | 22,00 |

| | | | |
|--|-------|-------|-------|
| 24) <i>Montant réduit pour vidéonystagmographe</i> <i>Classe I</i> | GFM72 | Néant | 2,00 |
| 25) <i>Vidéonystagmographe Classe II</i> | GFM81 | Néant | 47,00 |
| 26) <i>Montant réduit pour vidéonystagmographe</i> <i>Classe II</i> | GFM82 | Néant | 2,00 |

REMARQUE :

- 1) *L'échographe Classe I (positions 1 et 2) couvre tous les appareils échographes dont la valeur d'acquisition se situe entre 20.000,00 euros et 59.999,99 euros.*
- 2) *L'échographe Classe II (positions 3 et 4) couvre tous les appareils échographes dont la valeur d'acquisition se situe entre 60.000,00 euros et 89.999,99 euros.*
- 3) *L'échographe Classe III (positions 5 et 6) couvre tous les appareils échographes dont la valeur d'acquisition se situe au-delà de 90.000,00 euros. Pour la fixation du forfait à montant plein, sont intégrés les appareils jusqu'à hauteur de 110.000,00 euros.*
- 4) *Le seuil d'activité de référence pour tous les échographes (positions 1, 3 et 5) est fixé à 200.*
- 5) *L'endoscope Classe I (positions 7 et 8) couvre tous les appareils endoscopes dont la valeur d'acquisition se situe entre 5.000,00 euros et 14.999,99 euros.*
- 6) *L'endoscope Classe II (positions 9 et 10) couvre tous les appareils endoscopes dont la valeur d'acquisition se situe au-delà de 15.000,00 euros. Pour la fixation du forfait à montant plein, sont intégrés les appareils jusqu'à hauteur de 35.000,00 euros.*
- 7) *Le seuil d'activité de référence pour tous les endoscopes (positions 7 et 9) est fixé à 400.*
- 8) *L'audiomètre Classe I (positions 11 et 12) couvre tous les appareils audiomètres dont la valeur d'acquisition se situe entre 5.000,00 euros et 24.999,99 euros.*
- 9) *L'audiomètre Classe II (positions 13 et 14) couvre tous les appareils audiomètres dont la valeur d'acquisition se situe au-delà de 25.000,00 euros. Pour la fixation du forfait à montant plein, sont intégrés les appareils jusqu'à hauteur de 35.000,00 euros.*
- 10) *Par dérogation à l'article 15quater, alinéa 3, la valeur d'acquisition d'un appareil audiomètre (positions 11 à 14) peut également couvrir la valeur d'acquisition d'une chambre insonorisée, par médecin et par période de 30 ans, afin de déterminer la classe à laquelle appartient l'appareil audiomètre. Dans ce cas, les forfaits englobent au-delà des frais d'amortissement et des frais de fonctionnement de l'appareil audiomètre installé, les frais d'amortissement et les frais de fonctionnement de la chambre insonorisée.*
- 11) *Le seuil d'activité de référence pour tous les audiomètres (positions 11 et 13) est fixé à 400.*
- 12) *Le rhinomanomètre Classe I (position 15) couvre tous les appareils rhinomanomètre dont la valeur d'acquisition se situe au-delà de 3.000,00 euros. Pour la fixation du forfait à montant plein, sont intégrés les appareils jusqu'à hauteur de 10.000,00 euros.*
- 13) *Le seuil d'activité de référence pour tous les rhinomanomètres (position 15) est fixé à 100.*
- 14) *L'impédancemètre Classe I (position 17) couvre tous les appareils impédancemètres dont la valeur d'acquisition se situe au-delà de 3.000,00 euros. Pour la fixation du forfait à montant plein, sont intégrés les appareils jusqu'à hauteur de 10.000,00 euros.*
- 15) *Le seuil d'activité de référence pour tous les impédancemètres (position 17) est fixé à 100.*
- 16) *L'appareil d'enregistrement des potentiels évoqués auditifs Classe I (positions 19 et 20) couvre tous les appareils d'enregistrement des potentiels évoqués auditifs dont la valeur d'acquisition se situe entre 10.000,00 euros et 19.999,99 euros.*
- 17) *L'appareil d'enregistrement des potentiels évoqués auditifs Classe II (positions 21 et 22) couvre tous les appareils d'enregistrement des potentiels évoqués auditifs dont la valeur d'acquisition se situe au-delà de 20.000,00 euros. Pour la fixation du forfait à montant plein, sont intégrés les appareils jusqu'à hauteur de 30.000,00 euros.*
- 18) *Le seuil d'activité de référence pour tous les appareils d'enregistrement des potentiels évoqués auditifs (positions 19 et 21) est fixé à 100.*

- 19) Le vidéonystagmographe Classe I (positions 23 et 24) couvre tous les appareils de vidéonystagmographie dont la valeur d'acquisition se situe entre 5.000,00 euros et 14.999,99 euros.
- 20) Le vidéonystagmographe Classe II (positions 25 et 26) couvre tous les appareils de vidéonystagmographie dont la valeur d'acquisition se situe au-delà de 15.000,00 euros. Pour la fixation du forfait à montant plein, sont intégrés les appareils jusqu'à hauteur de 30.000 euros.
- 21) Le seuil d'activité de référence pour tous les vidéonystagmographes (positions 23 et 25) est fixé à 100.
- 22) Pour la mise en compte du montant plein du forfait pour frais d'utilisation d'appareil, le code à utiliser est le code à 4 positions complété par le suffixe 1, tel qu'il figure aux positions 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23 et 25. L'ajout du suffixe ne déclenche pas une multiplication du montant par un coefficient.
- 23) Pour la mise en compte du montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil, le code à utiliser est le code à 4 positions complété par le suffixe 2, tel qu'il figure aux positions 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24 et 26. L'ajout du suffixe ne déclenche pas une multiplication du montant par un coefficient.
- 24) Le code GCJ11, GCJ12, GCJ21, GCJ22, GCJ31 ou GCJ32 ne peut être mis en compte que si le code GCM11, GCM12, GCM13 ou GCM14 a été mis en compte au cours de la même séance.
- 25) Le code GDD11, GDDI2, GDD21 ou GDD22 ne peut être mis en compte que si le code GDE15, GDE16 ou GFE11 a été mis en compte au cours de la même séance.
- 26) Le code GFM11, GFM12, GFM21 ou GFM22 ne peut être mis en compte que si le code GFQ11, GFQ12, GFQ13, GFQ14, GFQ15, GFQ16, GFQ17, GFQ26 ou GFQ27 a été mis en compte au cours de la même séance.
- 27) Le code GFM31 ou GFM32 ne peut être mis en compte que si le code GFQ31, GFQ32, GBQ11 ou BQ12 a été mis en compte au cours de la même séance.
- 28) Le code GFM41 ou GFM42 ne peut être mis en compte que si le code GFQL8 a été mis en compte au cours de la même séance.
- 29) Le code GFM51, GFM52, GFM61 ou GFM62 ne peut être mis en compte que si le code GFQ23, GFQ24 ou GFQ25 a été mis en compte au cours de la même séance.
- 30) Le code GFM71, GFM72, GFM81 ou GFM82 ne peut être mis en compte que si le code GFQ21, GFQ22, GFQ2B ou GFQ29 a été mis en compte au cours de la même séance. »

Le demandeur motive ses requêtes comme suit :

« L'insertion de l'article 15bis au règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (ci-après « Nomenclature ») a été proposée au ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions par la recommandation circonstanciée émanant de la Commission de nomenclature du 31 janvier 2024, ne visant alors que le chapitre 6 - Gynécologie, de la deuxième partie « Actes techniques » du tableau des actes et services.

L'ajout de l'article 15quater à la Nomenclature permet d'élargir la maîtrise médicalisée des dépenses de l'assurance maladie-maternité aux actes, repris au tableau des actes et services de la Nomenclature, deuxième partie « Actes techniques », chapitre 3 - Oto-Rhino-Laryngologie, qui impliquent l'utilisation d'un appareil pour lequel une mise en compte de frais est prévue. Cet article 15quater vient s'insérer à la suite de l'article 15ter, proposé par la demande standardisée introduite devant la Commission de nomenclature le 24 mai 2024.

Pour l'utilisation d'un appareil dans le cadre décrit ci-dessus, l'article 65, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale prévoit la possibilité de fixer un forfait au niveau de la Nomenclature. Un tel forfait doit tenir compte des frais directs et indirects résultant de l'utilisation de l'appareil.

La rémunération des médecins se décompose d'une part d'un tarif résultant d'un acte technique désigné par la lettre-clé et un coefficient, et d'autre part d'un forfait pour frais d'utilisation d'appareil à l'aide duquel l'acte a été réalisé.

Les modalités de calcul du forfait pour frais d'utilisation d'appareil prennent en compte les frais directs et les frais indirects. Par frais, on vise notamment les coûts de l'équipement principal de l'appareil, les coûts de maintenance correctrice et évolutive, les coûts des consommables et les frais liés à l'archivage des résultats délivrés par l'appareil.

Le forfait pour frais d'utilisation d'appareil permet de tenir compte des progrès médicaux et techniques réels relatifs aux appareils existant sur le marché tout en respectant l'article 23 du Code de la sécurité sociale.

Afin de garantir une homogénéité des forfaits pour frais d'utilisation d'appareils pour les différents médecins spécialistes, le contenu de l'article 15bis rédigé en faveur des médecins spécialistes en gynécologie et obstétrique, dont l'élargissement aux médecins spécialistes en gastro-entérologie a été proposé par l'ajout de l'article 15ter, est élargi aux médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie.

Au regard de l'article 65, alinéa 13 du Code de la sécurité sociale, l'entrée en vigueur des modifications proposées visant le chapitre 3 « Oto-Rhino-Laryngologie » est à prévoir pour le 1^{er} janvier 2025. Par conséquent et afin de permettre une entrée en vigueur simultanée, une entrée en vigueur de la présente proposition de modifications au 1^{er} janvier 2025 s'avère nécessaire. »

2 Analyse de la demande standardisée adressée à la CEM

La CEM prend acte des informations adressées par la CN dans la demande standardisée.

La CEM tient à préciser deux points essentiels pour expliquer les importantes difficultés qu'elle a rencontrées pour compléter les renseignements demandés par cette saisine selon ses missions :

- Premièrement, la CEM n'a plus été saisie par la CN depuis le 11 juillet 2022 (saisine 07A/2022), c'est-à-dire, avant la date de la rédaction de la recommandation circonstanciée mentionnée dans cette demande standardisée 15/2024 qui dit que : « *L'insertion de l'article 15bis au règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (ci-après « Nomenclature ») a été proposée au ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions par la recommandation circonstanciée émanant de la Commission de nomenclature du 31 janvier 2024, ne visant alors que le chapitre 6 - Gynécologie de la deuxième partie « Actes techniques » du tableau des actes et services.* ».

- Deuxièmement, la CEM rappelle que l'article 65bis (1) du Code de la sécurité sociale (CSS) stipule qu' « *Il est créé sous l'autorité des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale une Cellule d'expertise médicale qui a pour missions :*

- 1) 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 ;***

- 2) *De s'enquérir de l'évaluation scientifique des dispositifs médicaux et de procéder à l'émission de recommandations pour leur bon usage permettant de déterminer le bien-fondé de la prise en charge par l'assurance maladie ;*
- 3) *De collaborer à l'élaboration des standards de bonne pratique médicale prévue au paragraphe 2, alinéa 2 et à leur promotion auprès des professionnels de la santé ;*
- 4) *D'analyser des avis concernant le résultat attendu d'un acte ou d'une source, en fonction de son intérêt diagnostique ou thérapeutique, de son impact sur la santé de la population et de son impact financier ;*
- 5) *D'assurer le secrétariat et l'appui technique du Conseil scientifique. »*

3 Méthode de recherche

La CEM a pris en compte pour son analyse, la nomenclature des médecins à la date du 1^{er} juin 2024 (dernière version publiée à la date de la saisine), et le Code de la sécurité sociale (CSS).

Remarques :

- La CEM n'a trouvé aucune publication scientifique qui recommande l'utilisation d'un appareil plutôt qu'un autre en fonction du prix d'acquisition de cet appareil pour effectuer un diagnostic donné.
- La recommandation circonstanciée concernant l'introduction dans la nomenclature des médecins d'un article 15*bis*, votée lors de la réunion de la CN du 31 janvier 2024, que le demandeur cite pour expliquer la demande d'introduction de l'article 15*quater*, n'est pas accessible sur le site du Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg « Legilux » à la date de rédaction de la réponse de la CEM.
- De même la convention AMMD-CNS « 2023-2024 » qui aurait peut-être pu expliquer pourquoi des actes de la nomenclature des médecins n'ont pas de coefficient donc pas de tarif selon l'article 66 du CSS, n'est pas encore publiée sur les sites de la CNS ou de l'Association des médecins et médecins dentistes. (AMMD).

4 Résultats de la recherche

4.1 Informations retrouvées en lien avec la demande

A) Introduction d'un article 15*quater* :

Au 1^{er} juin 2024, l'article 15 de la nomenclature des médecins se lit comme suit :

« Frais d'appareil et frais de matériel

Art. 15.- Le médecin ne peut mettre en compte un tarif spécifique pour couvrir les frais de location d'un appareil, que si ce tarif spécifique est prévu dans la deuxième partie de l'annexe du présent règlement et désigné par le code de l'acte correspondant complété par la lettre "X". La mise en compte de ce tarif spécifique ne peut être faite qu'à condition que l'acte technique correspondant puisse être mis en compte, que l'appareil soit, le cas échéant, dûment autorisé, que l'acte soit effectué en milieu extra-hospitalier ou dans un hôpital ne disposant pas de l'appareil en question.

Le médecin ne peut mettre en compte les frais de matériel indiqués dans la deuxième partie de l'annexe du présent règlement en relation avec un acte technique, que s'il est effectué en milieu extra-hospitalier et qu'un

tarif spécifique est inscrit dans la deuxième partie de l'annexe du présent règlement avec le code de l'acte correspondant complété par la lettre "M".

Les tarifs pour frais d'appareil et de matériel signalés respectivement par les lettres "X" et "M" à la dernière position du code ne subissent ni réduction ni majoration. Les dispositions de l'alinéa 1er de l'article 9 ne sont pas applicables. »

A la date de la rédaction de cet avis, l'article 15 n'est pas suivi par un article 15*bis* et un article 15*ter*. Or le demandeur justifie sa demande par le fait que l'introduction d'un article 15*ter* a été faite par demande standardisée du 24 mai 2024 et soumise à la CN. La CEM n'a pas connaissance de cette demande standardisée. L'introduction d'un article 15*bis* a été proposée à Madame la Ministre de la santé et de la sécurité sociale dans une recommandation circonstanciée datant du 31 janvier 2024 concernant la nomenclature de gynécologie (Chapitre 6 de la deuxième partie de l'annexe de la nomenclature des médecins), or il n'y a pas eu de mise à jour de la nomenclature de gynécologie à ce jour.

Il est donc impossible à la CEM d'analyser les articles 15*bis* et 15*ter* et a fortiori de valider un numéro 15*quater* pour l'article proposé par le demandeur dans la demande standardisée 15/2024.

Le demandeur explique que les forfaits proposés englobent, entre autres, les frais d'amortissement et les frais de fonctionnement de l'appareil utilisé. Actuellement, ce type de forfaits pour appareil utilisé dans le diagnostic ou le suivi n'existent pas dans la nomenclature des médecins. Le tarif d'un acte est défini au premier alinéa de l'article 66 du CSS : « *Les tarifs des actes et des services des professionnels opposables aux prestataires sont fixés en multipliant les coefficients prévus à l'article 65 alinéas 2 et 3 par les valeurs des lettres-clés respectives* ». Le coefficient, défini à l'alinéa 2 de l'article 65 du CSS, est « *un nombre exprimant la valeur relative de chaque acte professionnel inscrit dans chacune des nomenclatures visées au présent alinéa tenant compte de la durée, de la compétence technique et de l'effort intellectuel requis pour dispenser cet acte professionnel* ». A l'alinéa 4 du même article on lit : « *Lorsque l'acte ou le service professionnel implique l'utilisation d'un appareil, la nomenclature peut fixer un forfait couvrant les frais directs et indirects résultant de l'utilisation de l'appareil. Ces forfaits sont établis pour des groupes d'actes présentant des caractéristiques communes d'un point de vue de la discipline médicale, du diagnostic, de la thérapeutique et des ressources utilisées.* Contrairement à ce que spécifie l'alinéa 4 de l'article 65, le demandeur a utilisé des caractéristiques monétaires (prix d'acquisition de l'appareil), des taux d'utilisation, une activité de référence et une ancienneté des appareils pour établir les valeurs des forfaits d'utilisation de matériel proposé.

La CEM ne peut pas recommander le détournement de la définition du forfait (alinéa 4 de l'article 65) d'autant qu'elle ne comprend pas l'explication : « *Le forfait pour frais d'utilisation d'appareil permet de tenir compte des progrès médicaux et techniques réels relatifs aux appareils existants sur le marché tout en respectant l'article 23 du Code de la sécurité sociale.* » (voir plus bas)

A l'avant dernier alinéa de l'article 15*quater* proposé, le demandeur spécifie : « *L'article 8, alinéa 1^{er} et l'article 9 ne s'appliquent pas au forfait pour frais d'utilisation d'appareil de sorte que le montant du forfait pour frais d'utilisation d'appareil se cumule avec tout autre acte technique autorisé.* ».

Du point de vue de l'assuré, la CEM se demande comment ce dernier pourra comprendre les honoraires qui lui sont facturés concernant les locations d'appareil ou les forfaits d'utilisation d'appareil !

La CEM appelle à une attention particulière vis-à-vis de l'assuré, au respect de l'égalité de prise en charge médicale des assurés entre eux indépendamment des notions de calculs financiers d'amortissement, d'activité de référence d'une

spécialité médicale donnée et de classes d'appareil basées sur le prix d'acquisition et non sur des spécificités techniques objectivables.

Comme déjà signalé, le demandeur motive l'introduction de forfaits d'utilisation d'appareil en soulignant qu'ils « *permettent de tenir compte des progrès médicaux et techniques réels relatifs aux appareils existant sur le marché en respectant l'article 23 du code de la sécurité sociale* ». Cet article 23 du CSS dit que « *Les prestations à charge de l'assurance maladie accordée à la suite des prescriptions et ordonnances doivent correspondre au mieux à l'état de santé des assurés. Elles ne peuvent dépasser l'utile et le nécessaire et doivent être faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement et être conformes aux données acquises par la science et la déontologie médicale.* » Au deuxième alinéa de l'article 23 on lit encore : « *Les statuts de la Caisse nationale de santé prévoient à titre de sanction l'avertissement, la domiciliation auprès d'un prestataire déterminé, une participation plus élevée ou le refus de la prise en charge des prestations dans le chef d'assurés dont la consommation de prestations à charge de l'assurance maladie est considérée comme abusive d'après des normes y établies, le Contrôle médical de la sécurité sociale entendu en son avis. L'assuré doit restituer les prestations indûment touchées. Les montants à payer ou à restituer par l'assuré peuvent être compensés par la Caisse nationale de santé avec d'autres créances de l'assuré ou être recouverts par le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 429.* » La CEM ne comprend pas comment des examens diagnostiques peuvent être prescrits en tenant compte des classes d'appareils décrits dans cette saisine. Elle ne comprend pas non plus comment les classes d'appareils décrites auraient été définies par des données scientifiques. Le demandeur base la détermination des classes d'appareil sur des prix d'acquisition et non sur des normes techniques d'appareil qui pourraient être éventuellement rattachées à des indications d'utilisation. D'autre part, comment un assuré peut-il être responsable du choix d'un prestataire d'utiliser une classe d'appareil plutôt qu'une autre ?

La CEM se demande si l'article 23 du CSS est adapté au contexte de cette saisine.

Enfin, la CEM souligne que jusqu'à présent la notion de forfait existe bien dans la nomenclature des médecins et les forfaits correspondent à la définition de prise en charge, d'une même pathologie, d'un même groupe de patient ou d'une même procédure. Ainsi les forfaits introduits dans la nomenclature des médecins à la demande de la Direction de la santé ont pour objectif de décrire une procédure dans son ensemble.

| Code | Libellé | Coeff. |
|--------|--|--------|
| NZD11 | Forfait pour pose d'un dispositif intra-utérin à visée contraceptive, avec ou sans contrôle échographique, frais de location d'appareil inclus , comprenant les informations sur la méthode contraceptive (efficacité, mode d'action, effets secondaires possibles) ainsi que les informations sur la protection contre les maladies sexuellement transmissibles | 37,93 |
| NZD12, | Forfait pour changement d'un dispositif intra-utérin à visée contraceptive (retrait de l'ancien dispositif intra-utérin et pose du nouveau), avec ou sans contrôle échographique, frais de location d'appareil inclus , comprenant les informations sur la méthode contraceptive (efficacité, mode d'action, effets secondaires possibles) ainsi que les informations sur la protection contre les maladies sexuellement transmissibles | 41,27 |

| | | |
|-------|--|-------|
| NZD13 | Forfait pour retrait par voie vaginale d'un dispositif intra-utérin à visée contraceptive avec ou sans contrôle échographique, frais de location d'appareil inclus , comprenant les informations sur les méthodes contraceptives (efficacité, mode d'action, effets secondaires possibles) ainsi que les informations sur la protection contre les maladies sexuellement transmissibles | 15,35 |
| NZQ11 | Consultation de contrôle réalisée 6 à 12 semaines après la pose ou le changement d'un dispositif intra-utérin, réalisée dans le cadre du programme d'accès universel aux contraceptifs, avec échographie de contrôle si nécessaire, frais de location d'appareil inclus | 15,35 |
| NZQ14 | Consultation de contrôle réalisée par le médecin spécialiste en gynécologie et obstétrique 4 semaines après la ligature tubaire, réalisée dans le cadre du programme d'accès universel aux contraceptifs, avec échographie de contrôle si nécessaire, frais de location d'appareil inclus | 16,59 |

Concernant les traitements en milieu hospitalier, l'article 7 du RGD de la nomenclature des médecins prévoit à l'alinéa 23 : « *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.* »

Pour la CEM, la notion de forfait déjà présente dans la nomenclature des médecins englobe l'ensemble des prestations nécessaires à la réalisation d'une prise en charge médicale donnée sans tenir compte de notions de frais directs ou indirects.

La CEM attire l'attention de la CN sur le changement de concept concernant les forfaits déjà inscrits dans la nomenclature des médecins et ces nouveaux types de forfaits que propose d'introduire le demandeur.

En conclusion, la CEM déconseille d'inscrire dans la nomenclature des médecins un article 15^{quater} tel que proposé par le demandeur le 27 mai 2024.

B) Introduction d'une Section 7 - Forfaits pour frais d'utilisation d'appareil, au Chapitre 3 de la deuxième partie : Actes techniques, de l'annexe de la nomenclature des médecins,

La CEM n'a pas pu analyser les actes selon ses missions, c'est-à-dire : « **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** ». Les différentes classes proposées pour un type d'appareil donné dépendent du prix d'acquisition de l'appareil et non de ses caractéristiques techniques propres ou de ses indications. Les frais directs et indirects sont des notions comptables.

Il est donc impossible à la CEM de se positionner sur la valeur scientifique des libellés proposés.

La CEM rappelle que pour être introduit dans une nomenclature « *chaque acte ou service est désigné par la même lettre-clé et par un coefficient. La lettre-clé est un signe dont la valeur en unité monétaire est fixée par voie conventionnelle. Le coefficient est un nombre exprimant la valeur relative de chaque acte professionnel inscrit dans chacune des nomenclatures visées au précédent alinéa tenant compte de la durée, de la compétence technique et de l'effort intellectuel requis pour dispenser cet acte professionnel.* »

(art. 65 alinéa 2) et que « les tarifs des actes ... sont fixées en multipliant les coefficients prévus à l'article 65 alinéa 2 et 3, par la valeur des lettres-clés respectives » (art. 65 alinéa 2)). Enfin, « Les valeurs des lettres-clés des nomenclatures des prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1) à 3), 12) et 13) correspondent au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 et sont adaptées suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'Etat ».. (art.66, alinéa 1). La lettre-clef de la nomenclature des médecins étant indexée, les tarifs des actes sont aussi automatiquement ajustés au coût de la vie, y compris ceux des « locations d'appareil ».

Le demandeur propose des actes du type :

| | Code | Coeff. | Montant |
|----------------------|-------|--------|---------|
| Echographie Classe I | GCJ11 | Néant | 45,00 |

Cette nouvelle écriture d'acte ne respecte pas les règles définies dans le CSS (Art.65 alinéa 2). En effet, un coefficient doit être un nombre non nul puisqu'en le multipliant par la valeur de la lettre-clé on obtient le tarif de l'acte. Par définition de la lettre-clé, le tarif est lié à l'indice du coût de la vie (Art.66 alinéa 1). Dans la nouvelle proposition, le demandeur parle de « montant » et non de tarif. Ce terme « montant » n'est pas défini dans la nomenclature des médecins ou dans le CSS contrairement à celui de « tarif ». Ce montant qui entre en jeu dans la rémunération des médecins aura une valeur fixe. Actuellement un acte de la nomenclature des médecins à valeur fixe n'est pas prévu dans les textes (nomenclature des médecins ou CSS)

La CEM ne peut donc pas cautionner la proposition d'introduction des nouveaux actes de la section 7 du chapitre 3 dans la nomenclature des médecins tels qu'ils sont écrits par le demandeur car ils ne respectent pas les règles d'écriture des actes (absence d'une valeur du coefficient donc de la possibilité de calculer un tarif). D'autre part la CEM souligne que la notion de « montant » n'est pas définie dans le CSS comme le tarif l'est. Enfin les libellés proposés sont vraiment sommaires, un acte utilisant un échographe s'appelle une échographie. Le libellé devrait donc s'écrire, par exemple : Echographie réalisée avec un échographe de classe I.

Il est écrit à l'article 15 de la nomenclature des médecins que « Le médecin ne peut mettre en compte un tarif spécifique pour couvrir les frais de location d'un appareil, que si ce tarif spécifique est prévu dans la deuxième partie de l'annexe du présent règlement et **désigné par le code de l'acte correspondant complété par la lettre "X"**. ». Les « frais de location » d'un appareil sont ainsi directement liés aux actes techniques auxquels ils se réfèrent. Ils sont caractérisés par une position qui suit immédiatement la position de l'acte auquel ils sont liés, un libellé unique « location d'appareil », un code identique à celui de l'acte technique auquel il se réfère complété par la lettre X, un coefficient et un tarif, calculé en multipliant le coefficient par la valeur monétaire de la lettre clef (cf. art. 66 alinéa 1). On retrouve à travers la deuxième partie de la nomenclature des médecins, de nombreux libellés de location d'appareil comme :

Chapitre 1 - Médecine générale - Spécialités non chirurgicales, Section 3 – Cardiologie, sous-section - 6 Stimulateur cardiaque (pacemaker)

| Numéro d'acte | Libellé | Code | Coeff. |
|---------------|--|-------|--------|
| 8 | Contrôle d'un stimulateur cardiaque implanté avec enregistrement ECG et contrôles techniques | 1B22 | 14,35 |
| 9 | Location d'appareil | 1B22X | 2,73 |

Chapitre 5 – Urologie, section 1- Explorations électrophysiologiques de l'appareil urinaire :

| Numéro d'acte | Libellé | Code | Coeff. |
|---------------|--|---------------|--------|
| 1 | Débitmétrie mictionnelle avec enregistrement - CAC | MAQ11 | 13,05 |
| 2 | Location d'appareil | MAQ11X | 1,78 |

Comme les locations d'appareil, les forfaits d'utilisation d'appareils sont des indemnités pécuniaires, prises en charge par la CNS, qui participent à la rémunération du médecin qui fait l'acte.

La CEM ne peut pas recommander que les forfaits d'utilisation d'appareil introduits dans la nomenclature des médecins ne respectent pas la volonté du législateur de rattacher directement une indemnité calculée, quelle que soit la méthode de calcul, à un acte technique précis et d'attribuer comme code à cette indemnité, le code de l'acte complété de la lettre « X » comme c'est actuellement le cas pour les locations d'appareil.

D'autre part, la CEM souligne que les remarques 24 à 30 de la nouvelle section 7 proposée font référence à des codes qui n'existent pas dans la nomenclature des médecins au 1^{er} juin 2024. La CEM rappelle qu'elle n'a pas reçu de saisine concernant une éventuelle introduction de ces codes dans la nomenclature. Enfin la CEM ne comprend pas les remarques 22 et 23 car elle ne sait pas de quel suffixe parle le demandeur dans ces deux remarques. Elle rappelle que les suffixes utilisés dans la nomenclature des médecins sont définis à l'article 4 : Tarif d'un acte de la nomenclature des médecins.

Remarques :

- la CEM souligne qu'un même type d'échographe peut être utilisé comme appareil diagnostique par plusieurs spécialités médicales, des codes par spécialité semblent donc difficilement justifiables.
- Dans cette saisine une remarque signalant aux ORL qu'ils ne peuvent plus mettre en compte tous les actes du Chapitre 8 - Imagerie médicale, radiologie interventionnelle, radiothérapie fait défaut, ils peuvent donc théoriquement continuer à utiliser les codes de ce chapitre.

Pour donner suite à toutes ces remarques, la CEM ne peut recommander l'introduction de la section 7 proposée dans le chapitre 3 de la deuxième partie de la nomenclature des médecins.

5 Conclusion générale

La CEM ne peut recommander ni l'introduction d'un article 15^{quater} dans la nomenclature des médecins, ni l'introduction d'une 7^{ème} section au chapitre 3 de la deuxième partie : actes techniques de l'annexe de la nomenclature des médecins.

6 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.

Code de la sécurité sociale

7 Glossaire des abréviations

Classement par ordre alphabétique :

| | |
|---------------------------|--|
| AMMD | Association des médecins et médecins dentistes. |
| CEM | Cellule d'expertise médical |
| CN | Commission de nomenclature |
| CSS | Code de la sécurité sociale |
| Nomenclature des médecins | Règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie |
| RGD | Règlement grand-ducal |

8 Annexes

Demande standardisée 15/2024