



# Info-Point n°20

Septembre 2016

## Editorial

La rentrée confronte les différentes professions de santé que regroupe le Collège médical avec quelques dossiers :

Pour la **profession médicale et médico-dentaire** la finalisation législative du projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière (anciennement plan hospitalier). Suite aux nombreuses critiques de toutes parts au texte de l'avant-projet de loi, celui-ci a donc été modifié en quelques points pour le texte définitif du projet, tel que déjà approuvé par le conseil de gouvernement.

Ainsi, malgré que le nombre de lits d'hôpital autorisé reste fixé à l'unité près, il a été révisé vers le haut et une certaine flexibilité a été accordée aux hôpitaux de se doter de lits avec leur autorisation ministérielle d'exploitation.

Tous les services de base, considérés comme nécessaires au bon fonctionnement d'un hôpital, *peuvent* maintenant être autorisés, tandis que différents services (chirurgie vasculaire, chirurgie plastique et esthétique, neurochirurgie, ophtalmologie) ne sont prévus être autorisés que dans l'un ou l'autre hôpital !!

Les *centres* de compétences sont renommés en *réseaux* de compétences, mais gardent pour autant dans leur projet de finalisation leur flou artistique. Le nombre à créer ainsi que les pathologies dont ils relèvent restent toujours aléatoires.

Malgré un travail impressionnant réalisé pour disposer de chiffres (carte sanitaire) le projet actuel garde son caractère conservateur d'entériner pour les 10 prochaines années l'existant et ne laisse guère de possibilité d'innovation (ni en infrastructures, ni en techniques tenant compte du progrès de la médecine et de concurrence des hôpitaux outre frontières).

Quant à la gouvernance des hôpitaux, on cherche vainement dans ce projet la participation des médecins qui sont quand même les premiers acteurs d'un hôpital. Il en est de même pour le Comité de gestion inter hospitalière à créer et qui a pour mission de soutenir les établissements dans l'élaboration des projets de réseaux de compétences. La Ministre l'a bien dit en commentant la conférence de presse présentant le projet de loi en date du 13.9. « *Mir hun e Spidolsgesetz gemaach fir d'Patienten....* » -(question : pour qui d'autres que pour les patients on aurait besoin d'un hôpital ?)-. Il semble en effet bien que dans ce projet on ait quelque peu oublié les médecins (!), alors que paradoxalement le projet de loi ouvre la voie à faire participer les médecins au financement des hôpitaux (article 35 : « *le règlement général de l'établissement peut prévoir une participation financière des médecins hospitaliers aux charges de l'établissement* »). Il est évident que le Collège médical tiendra compte de toutes ces considérations dans son avis sur le projet de loi.

L'autre dossier difficile et sensible a trait aux négociations pour la révision et l'adaptation ultra nécessaire de la nomenclature des actes médicaux et médico-dentaires.

Les **pharmaciens** se verront confrontés à une révision des critères de classement – qui doivent devenir plus transparents – pour l'octroi d'une officine et par la mise en place d'une « Apothekenbetriebsordnung » à l'instar de l'Allemagne. Les premières discussions avec le Ministère de la Santé vont débiter encore cette année.

Enfin la régularisation de la profession de **psychothérapeute** de par la loi y relative du 14 juillet 2015 prend son chemin, lent et non facile, mais une centaine de psychothérapeutes – curieusement encore aucun psychiatre - bénéficient actuellement déjà de la reconnaissance de leur profession par le régime transitoire tandis que les discussions pour un éventuel conventionnement avec la CNS n'ont pas encore commencé.

Suite à l'échec des négociations pour une nouvelle convention, la CNS a décidé d'appliquer une rigueur plus ferme aux stipulations de la convention actuelle toujours en vigueur et elle a, entre autres, créé un « *Service de coordination juridique : lutte contre abus et fraude* ».

La commission de surveillance, après des années « au bois dormant », a été ravivée par le prince « non nécessairement charmant ».

Les retombées sur le Collège médical de cette nouvelle approche de la CNS sont de taille, le Collège se comprenant dans cette situation comme un « organe régulateur » entre les exigences de la CNS, dont l'administration du contrôle médical de la sécurité sociale est le bras prolongé, et les excès de fraude et d'abus qui sont malheureusement bien réels au sein de nos professions !

A ce propos le Collège médical avait élaboré un projet de recensement des incitations de la part des bénéficiaires de soins de santé, autres prestataires de soins et acteurs de la sécurité sociale à « contourner » certaines

règlementations en vigueur, afin de disposer d'arguments probants pour démontrer que les teneurs de certains statuts de la CNS et de la convention conclue entre UCM/CNS et l'AMMD ne sont plus compatibles avec l'exercice d'une médecine moderne au bénéfice du malade. Aux pages suivantes vous trouverez les détails de ce projet, qui aurait dû se faire de concert avec l'AMMD, et qui, malheureusement, au vu des dernières évolutions, ne sera pas réalisé.

En attendant le Collège médical fait un appel à tous les acteurs de s'en tenir à la déontologie de nos professions qui prévoit entre autres de respecter les dispositions conventionnelles parmi lesquelles la tarification des consultations et actes, les CP, les certificats, les incapacités de travail, les prescriptions thérapeutiques.

Vous trouverez toutes les stipulations légales, réglementaires et conventionnelles y relatives dans les pages de cet Info-Point.

Comme mot de la fin le Collège médical se permet la réflexion suivante : on demande aux prestataires et aux bénéficiaires des soins de se laisser guider par le principe de « l'utile et le nécessaire », mais depuis longtemps ce principe a été permuté de part et d'autre en « l'utile et l'accessoire »

Une pensée du philosophe français André Comte-Sponville suggère que la laïcisation de la société et les progrès fulminants de la médecine y sont pour quelque chose. Le philosophe souligne que :

*« La place de la médecine dans nos vies croissant proportionnellement à ses progrès, on finit par lui demander des choses qui ne sont pas de son ressort. Le bonheur, par exemple. [...] Aujourd'hui, beaucoup demandent le bonheur à leurs médecins. « Qu'est-ce que le normal ? Le progrès peut ainsi déplacer la frontière, déjà poreuse, entre médecine - faite pour soigner le pathologique - et dopage pour améliorer le normal ». La médecine a remplacé Dieu, en somme ? « Dieu est mort, vive la Sécu ? Le problème, c'est que la Sécu ne peut pas tenir lieu de spiritualité ».*

## Le financement et les locaux du Collège médical.

Ce sont les articles 13 et 14 de la Loi du 8 juin 1999 relative au Collège médical qui légifère sur le financement et les locaux du Collège médical.

### **Art. 13.**

*Le Collège médical couvre les dépenses nécessaires à son fonctionnement, autres que celles visées à l'article qui suit, par une cotisation à charge de toutes les personnes exerçant au pays une profession pour laquelle le diplôme de médecin, de médecin-dentiste ou de pharmacien est exigé, à l'exception toutefois des médecins et médecins-dentistes qui, établis dans un autre Etat membre de l'Union Européenne, n'effectuent au Luxembourg que des prestations de services.*

*La cotisation, dont le montant peut être pondéré suivant les professions et les activités exercées, est fixée annuellement par le Collège médical réuni en assemblée générale, comprenant les membres effectifs et les membres suppléants.*

*A défaut de paiement le président du Collège médical peut requérir l'exécutoire de la cotisation par le Président du tribunal d'arrondissement.*

*Sont dispensés du paiement de la cotisation les médecins, médecins-dentistes et pharmaciens qui, avant le 1er janvier de l'année pour laquelle elle est due, demandent leur radiation du registre professionnel. Cette demande vaut renonciation à l'autorisation d'exercer leur profession.*

### **Art. 14.**

*L'Etat met un de ses agents à temps partiel à la disposition du Collège médical pour assumer la fonction de secrétaire administratif du Collège.*

*L'Etat met à la disposition du Collège médical le local nécessaire à son fonctionnement.*

Le Collège a donc siégé dans des premiers locaux mis à disposition par l'Etat au boulevard de la Pétrusse jusqu'en 2009, d'où il a été contraint une première fois de déménager, dû à l'étroitesse des lieux (pas de salle d'attente, bureaux étroits, salle de réunion partagée avec d'autres administrations, etc.). Courant 2009, un déménagement a eu lieu vers des locaux situés 5-7 Avenue Victor Hugo.

Or il se trouve qu'actuellement il est demandé au Collège de déménager de nouveau, les locaux occupés devant être repris en toute nécessité par l'administration de l'OLAI qui utilise déjà tout le reste du bâtiment.

L'Etat a proposé au Collège des locaux situés au Verlorenkost, dans une construction datant

des années 50/60 et située à côté de l'ancien LNS. Malheureusement il se trouve que ces locaux ne conviennent pas idéalement au Collège, surtout qu'il est prévisible que le bâtiment en question sera démolé à moyen terme, ce qui va nécessiter que le Collège change de nouveau d'adresse.

Alors a mûri dans la tête des membres du Collège une idée existant de longue date, à savoir que le Collège acquiert ses propres locaux, afin de disposer d'un siège représentatif d'un Ordre regroupant 3500 professionnels hautement qualifiés du secteur de la santé.

Cette ambition paraît justifiée tenant compte du fait que toutes les Chambres Professionnelles, tant au Luxembourg qu'à l'étranger, comme p.ex. les Ordres nationaux, voire régionaux, en France et Belgique ou les « Aerztekammern », disposent de leurs propres locaux en tant que propriétaires

Une opportunité vient de se présenter et permettra d'occuper dans les délais de départ exigés par l'Etat-des locaux situés au début de l'Avenue du X Septembre à Belair.

Actuellement le dossier est en cours d'être analysé quant à sa faisabilité notamment en ce qui concerne sa base légale et son financement.

Les membres élus du Collège médical actuel accueillent très favorablement ce projet. Ils sont persuadés que les professionnels qu'ils représentent les suivront dans cette démarche et comprendront, qu'en cas de concrétisation, le financement de ce projet aura probablement une répercussion sur le montant des cotisations obligatoires à partir de l'année prochaine. Néanmoins soyez rassurés que la répercussion sur le montant restera modérée (« tact et mesure ») puisque le Collège médical dispose actuellement encore d'une réserve financière permettant de financer une partie du projet.

Le Collège médical reste à disposition pour tout commentaire et suggestion à ce sujet.

# Dossier fraude et abus

## Projet de courrier commun du CM et de l'AMMD aux médecins(-dentistes)

### Appel à la collaboration à une documentation des demandes de violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles de la part des assurés et des autres acteurs du domaine des soins de santé.

Chers collègues,

Le Collège médical (CM) et l'Association des Médecins et Médecins-dentistes (AMMD) tiennent à vous informer qu'au sein de la Caisse nationale de Santé (CNS), le département coordination juridique/ Lutte Abus et Fraude, en étroite collaboration avec l'Administration du Contrôle médical de la Sécurité sociale (ACMSS) a déployé une activité intense à la détection et à la poursuite de l'inobservation des dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles notamment de la part du corps médical et médico-dentaire.

C'est ainsi que de plus en plus de médecins/médecins-dentistes sont obligés de rendre des comptes à l'ACMSS en application de l'article Art. 421. point 3 du Code de la Sécurité sociale « *Les médecins traitants ainsi que tout autre prestataire de soins de santé, réseau ou établissement visés à l'article 60bis sont tenus de fournir au Contrôle médical de la sécurité sociale, à sa demande, toutes les indications concernant le diagnostic et le traitement* », requêtes dépassant pour la plupart de loin le raisonnable et partant à considérer comme chicanes administratives.

En effet, de nombreux dossiers signalant des faits susceptibles de constituer une violation des dispositions en vigueur sont dernièrement portés par la CNS ou autres caisses de maladie devant la Commission de Surveillance de la Sécurité sociale, dont la mission est justement, 1° d'examiner leur conformité avec les dispositions légales, 2° de proposer une éventuelle médiation entre parties avant que les dossiers ne soient, le cas échéant, déferés devant le Conseil arbitral de la Sécurité sociale.

Ci-après vous trouverez les textes servant de base légale pour les accusations face aux prestataires médecins.

Il a été reproché aux représentants du corps médical une insuffisance dans leur rôle de gardien de la déontologie médicale (le CM) et de gardien des conventions pour médecins et médecins-dentistes (l'AMMD).

Les deux organismes auraient échoué dans leur devoir de faire connaître et de faire respecter les dispositions réglementaires auprès de leurs membres dans les relations avec les assurés.

Le CM et l'AMMD défendent la position que le premier souci de la profession médicale doit être la dispensation consciencieuse de soins de santé alors que les modalités de leur prise en charge doivent plutôt être négociées entre assurés et assureur.

Il incomberait donc plutôt à ce dernier à informer ses assurés des statuts à respecter et de s'abstenir de donner par l'intermédiaire de ses agents des informations aux assurés leur suggérant que des fautes ont été commises par les prescripteurs/prestataires, ou d'insister auprès de ces derniers de modifier leurs documents en contenu et/ou date pour permettre une prise en charge selon les statuts.

Dans de nombreux points les statuts de la CNS sont dépassés par la réalité. La prise en charge quasi-totale du coût des soins, telle que préconisée par notre société solidaire, n'est devenue possible que par le fait que la violation des statuts de la sécurité sociale a été tolérée, dans certains cas même encouragée, voire exigée, tant par les assurés, les autres prestataires de soins de santé et les agents de la sécurité sociale.

Le conventionnement obligatoire et le respect des obligations qui en découlent ont comme conséquence que l'exercice médical n'a de la profession libérale plus que le nom.

Afin de documenter et de quantifier la situation réelle de notre activité professionnelle, le CM et l'AMMD ont voulu documenter (de manière anonyme tant pour le prestataire que pour l'assuré) pendant une semaine tous les faits susceptibles à constituer une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles.

**S'il est évident que le CM et l'AMMD lancent un appel à l'ordre quant au respect des dispositions en vigueur** (dont vous trouverez le détail plus loin), il est tout aussi évident qu'une participation massive à l'enquête aurait renforcé la position argumentative du corps médical, du moins du moment que les affirmations des deux organismes devaient se confirmer.

Le projet n'ayant pas été finalisé le Collège médical a tenu néanmoins à vous en faire part et vous invite à compléter le questionnaire pour estimer l'envergure du problème dans votre propre pratique à vous.



# Textes de référence

## 1. Code de la Sécurité sociale Chapitre III – Contrôle médical de la Sécurité sociale

Art. 418.

L'administration de l'État dénommée «Contrôle médical de la sécurité sociale», placée sous l'autorité du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, a, dans le cadre des prestations de sécurité sociale, ainsi que dans le cadre des incapacités de travail indemnisées au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail pendant la période de suspension de l'indemnité pécuniaire de maladie, des missions d'évaluation, d'autorisation, de conseil et de contrôle telles que précisées aux articles 419 à 421. En outre le Contrôle médical de la sécurité sociale émet les avis et effectue les examens médicaux en vue de l'octroi des cartes de priorité et d'invalidité.

Art. 419.

1 Le Contrôle médical de la sécurité sociale a pour mission d'évaluer l'état de santé des assurés dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts afin de se prononcer dans des avis motivés sur les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution de prestations de sécurité sociale.

2 Le Contrôle médical de la sécurité sociale conseille la Caisse nationale de santé afin que les prestations de sécurité sociale soient prises en charge conformément aux critères des articles 17, alinéa 1 et 23, alinéa 1. Il lui fournit à sa demande des avis dans les cas prévus par le Code et au sujet de toute autre question qui se pose dans le cadre de la détermination des règles de prise en charge des prestations de soins de santé ainsi que dans le cadre des négociations avec les prestataires de soins de santé.

3 Le Contrôle médical de la sécurité sociale assiste la Caisse nationale de santé dans le cadre du contrôle des mémoires d'honoraires et des prescriptions, des délivrances et des consommations des prestations en vue de détecter et de sanctionner les abus et les fraudes.

4 Le Contrôle médical de la sécurité sociale vérifie les rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes établis par la Caisse nationale de santé par voie informatique selon les modalités arrêtées en vertu de l'article 64, alinéa 2, point 5) avec la collaboration du Centre commun de la sécurité sociale, sur base de la banque de données afférente de la Caisse nationale de santé, des caisses de maladie et de l'Association d'assurance accident. Si à la lecture d'un rapport d'activité, il constate une déviation injustifiée de l'activité professionnelle d'un prestataire, il continue ce rapport d'activité à la Commission de surveillance pour examen conformément à l'article 73.

5 Les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale à caractère médical et à portée individuelle s'imposent aux institutions concernées. Toutefois, si l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale a été contredit par expertise médicale devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale, l'institution concernée juge elle-même de l'opportunité de l'appel.

Art. 420.

Le Contrôle médical de la sécurité sociale autorise 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.

Art. 421.

1 Le Contrôle médical de la sécurité sociale effectue les examens médicaux dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts ou lorsqu'il le juge nécessaire à la bonne exécution de ses missions et convoque à cet effet les assurés.

2 Dans la mesure où un tel examen s'avère indispensable auprès d'un assuré hospitalisé dans un établissement hospitalier au sens de l'article 1er de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, la direction de l'établissement prend les mesures nécessaires pour organiser la visite de l'assuré auprès du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale ou le cas échéant la visite du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale au chevet de l'assuré.

3 Les médecins traitants ainsi que tout autre prestataire de soins de santé, réseau ou établissement visés à l'article 60bis sont tenus de fournir au Contrôle médical de la sécurité sociale, à sa demande, toutes les indications concernant le diagnostic et le traitement.

4 Les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale ne peuvent s'immiscer dans les rapports du malade et du médecin traitant. Ce n'est que sur la demande expresse du malade qu'ils formulent un diagnostic ou une appréciation sur le traitement.

5 Toutes les fois qu'ils le jugent utile dans l'intérêt du malade ou des missions de contrôle et de surveillance, les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale doivent entrer en rapport avec le médecin traitant, toutes les précautions étant prises pour que le secret professionnel soit respecté.

6 Le Contrôle médical de la sécurité sociale prend l'avis d'experts spécialisés toutes les fois qu'il le juge nécessaire dans le cadre de l'évaluation de l'état de santé des assurés.

## 2. Statuts de la CNS

Article 14 :

Sauf exception formelle prévue par les statuts, les soins de santé qui ne sont pas délivrés par les médecins eux-mêmes ainsi que les fournitures ne sont pris en charge par l'assurance maladie **que sur ordonnance médicale originale préalable** à leur délivrance.

Art. 38

Des *suppléments pour les convenances personnelles* des personnes protégées **ainsi que des**

**dépassements de tarifs** des médecins pour l'hospitalisation en première classe, visés à l'article 66, alinéa 3, du Code de la sécurité sociale, peuvent être mis en compte **d'après les dispositions conventionnelles** régissant les rapports entre l'assurance maladie et le corps médical.

Ces suppléments et dépassements ne sont pas à charge de l'assurance maladie.

## 3. Code de la Sécurité sociale

Art. 11.

L'indemnité pécuniaire due à un salarié prend cours à partir du premier jour ouvré de **l'incapacité de travail**, à condition que celle-ci ait été **déclarée dans les formes et délais prévus par les statuts**.

Art. 17.

Sont **pris en charge dans une mesure suffisante et appropriée** :

.....

Art. 19

...

Cependant dans des cas exceptionnels à constater par la Caisse nationale de santé sur L. 17.12.10,1,6°base d'un certificat circonstancié du médecin traitant, **l'acte ne figurant pas dans la nomenclature peut être pris en charge sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale** qui fixe un tarif en assimilant cet acte à un autre acte de même importance.

Art. 21.

**La prise en charge des actes, services et fournitures se fait suivant les conditions, modalités et taux déterminés par les statuts.**

Art.23

**Les prestations** à charge de l'assurance maladie accordées à la suite des prescriptions et ordonnances médicales **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 à la déontologie médicale.**

Art. 38.

Des **suppléments** pour les convenances personnelles des personnes protégées ainsi que des dépassements de tarifs des médecins pour l'hospitalisation en première classe, visés à l'article 66, alinéa 3, du Code de la sécurité sociale, peuvent être mis en compte d'après les dispositions conventionnelles régissant les rapports entre l'assurance maladie et le corps médical.

Ces suppléments et dépassements ne sont pas à charge de l'assurance maladie.

Art. 64.

Les conventions déterminent obligatoirement :

1....

2) les engagements relatifs au **respect de la nomenclature des actes** pour les prestataires concernés, y compris dans leurs relations envers un assuré d'un autre Etat membre de l'Union européenne, de la Suisse ou d'un pays de l'Espace économique européen, ou envers un assuré d'un pays avec lequel le Grand-Duché de Luxembourg est lié par un instrument bilatéral en matière d'assurance maladie, lorsqu'il se trouve dans une situation médicale comparable à celle d'un assuré affilié au Luxembourg ;

2...

1) les engagements relatifs au respect, dans le cadre des dispositions légales et réglementaires, de la liberté d'installation du médecin, du libre choix du médecin par le malade, de la liberté de prescription du médecin, du secret professionnel ;

2) les dispositions garantissant une médication économique compatible avec l'efficacité du traitement, conforme aux données acquises par la science et conforme à la déontologie médicale ;

3) les modalités du **dépassement des tarifs** visés à l'article 66, alinéa 3;

Art 65

Les **actes**, services professionnels et prothèses dispensés par les prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1) à 7), 12) et 13) et pris en charge par l'assurance maladie-maternité sont **inscrits dans des nomenclatures** différentes

Art. 66

1....

3 Toutefois, les conventions pour les médecins et pour les médecins-dentistes prévoient obligatoirement les modalités du dépassement, à charge des assurés, des tarifs fixés conformément à l'alinéa qui précède :

1) pour les convenances personnelles sollicitées par les personnes protégées en milieu hospitalier et ambulatoire; 2) après devis préalable pour les prothèses et autres prestations dentaires dépassant l'utile et le nécessaire.

Art. 73.

1 La **Commission de surveillance est en outre compétente pour** examiner les rapports d'activité au sens de l'article 4193) lui soumis par le directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale, ainsi que les faits signalés par le président de la Caisse nationale de santé ou le président d'une caisse de maladie susceptibles de constituer une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles auxquelles sont astreints les prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, ainsi que les personnes placées sous leur autorité ou agissant pour leur compte. Le directeur et les présidents peuvent déléguer ce pouvoir à un fonctionnaire ou employé dirigeant de leur administration ou institution.

2 L'instruction a pour objet de constater dans le chef des prestataires visés à l'article 61, alinéa 2 :

- 1) **l'inobservation des dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles** ayant abouti ou tenté d'aboutir à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation de soins de santé ou en espèces par l'assurance maladie-maternité ;
- 2) le **refus d'accès à une information**, l'absence de réponse ou la réponse fautive,

incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information par l'institution de sécurité sociale compétente ou par le Contrôle médical de la sécurité sociale;

- 3) les agissements ayant pour effet de faire obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'institution de sécurité sociale compétente;
- 4) les manquements aux formalités administratives imposées par les dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ;
- 5) le refus du prestataire de reporter dans le dossier de soins partagé les éléments issus de chaque acte ou consultation, dès lors que l'assuré ne s'est pas explicitement opposé au report de cet acte ou consultation dans son dossier de soins partagé;
- 6) la prescription ou l'exécution de prestations superflues ou inutilement onéreuses en violation de l'article 23, alinéa 1;
- 7) les **agissements exposant l'assuré à des dépassements d'honoraires non conformes** aux dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles

#### 4. Code de Déontologie médicale

Article 9

Le médecin est libre de ses prescriptions, qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, **limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins.**

Article 16

La médecine est un service pour lequel le prestataire est honoré.

**La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce.**

Article 21

**Sont interdits** au médecin :

- **tout acte de nature à procurer au patient un avantage injustifié ou illicite (notamment certificat de complaisance, etc.) ;**
- toute ristourne en argent ou en nature, toute commission à des tiers, à l'exception de frais réellement exposés ;
- toute sollicitation ou acceptation d'avantage en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, pour une prescription ou un acte médical quelconque.

Article 34

L'exercice de la médecine comporte normalement pour le médecin la rédaction de certificats, d'attestations et de rapports dont la production est

soit prescrite par la loi et les règlements, soit sollicitée par le patient ou son ayant droit.

Dans la rédaction de ses certificats et rapports, le médecin veillera à bien distinguer entre ses constatations, les dires du patient ou des tiers et les autres éléments du dossier.

Les documents doivent être rédigés avec prudence et discrétion, de façon correcte et lisible, être datés, permettre l'identification du signataire et comporter la signature du médecin.

Le médecin est seul habilité à décider du contenu de ces documents qui engagent sa responsabilité.

**Il ne devra céder à aucune demande abusive.**

Ses documents engagent la responsabilité de l'auteur.

Article 35

**La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdit.**

Un certificat médical ne doit comporter ni omission ni rajout volontaire, dénaturant les faits, ni comprendre des suppositions ou des affirmations non vérifiables.

Article 39

Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande de soins, le **médecin s'engage à assurer personnellement à son patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science en faisant appel, s'il y a lieu, à l'assistance de tiers compétents.**

#### Article 45

Les **données à communiquer au patient** doivent comprendre entre autres : Les investigations à prévoir, les risques des mesures diagnostiques et thérapeutiques prévues, les risques résultant de l'absence de traitement, etc., **les frais de traitement à sa charge** pour les interventions nécessitant une participation financière personnelle du patient.

Il doit établir un devis écrit lorsqu'il est conduit à proposer un traitement dont le coût est élevé

#### Article 105

Indépendamment de l'affiliation à une organisation/association syndicale de la profession, **tous les médecins établis au Luxembourg sont tenus de respecter les conventions obligatoires**, négociées entre les associations représentatives des professions et les organismes de santé, de sécurité sociale ou tout autre entité impliquée dans la profession.

#### Article 106

**Pour les actes non prévus par une convention** ou pour des personnes non affiliées à un organisme de sécurité sociale comme p.ex. la C.N.S., pour les suppléments relatifs à l'importance du service rendu

ou à des circonstances particulières, **le médecin déterminera ses honoraires avec tact et mesure.**

Il n'est jamais en droit de refuser des explications relatives à sa note d'honoraires ou au coût d'un traitement.

Pour les actes ne figurant pas dans la nomenclature, il informera le patient et établira un devis contresigné par ce dernier englobant tous les honoraires et frais prévisibles pour le traitement demandé ou proposé.

Un acompte maximal de 50% peut être demandé uniquement dans le cas où le médecin engage des frais avant l'acte (implant, matériel, location de salle d'opération, etc.).

Il établira un mémoire d'honoraires sur les formules standardisées de mémoires d'honoraires, répondant aux critères déterminés dans le cahier de charges conventionnel et qui sera acquitté pour toute somme perçue.

#### Article 107

Le médecin n'a pas le droit, dans un but de concurrence, de baisser ses honoraires en dessous des tarifs conventionnels (dumping).

Il peut donner ses soins gratuitement à des personnes nécessitées non assurées, à des parents proches, à des confrères ou à des collaborateurs.

## 5. Convention conclue entre l'UCM/CNS et l'AMMD

#### Art. 24.

(1) Les mémoires d'honoraires établis sur les formules standardisées prévues à l'article 18, doivent reproduire toutes les indications utiles **correspondant aux actes prestés personnellement par le médecin** et facturés sur la formule d'honoraires.

**Les actes doivent être inscrits sur la formule d'après le code officiel** qui leur est attribué dans la nomenclature des actes. Le mémoire doit préciser la date de chaque prestation ou, s'il s'agit de traitements pour lesquels il est prévu un forfait, le début et la fin du traitement.

**Les médecins doivent inscrire sur la formule le montant intégral des honoraires perçus ou facturés.** En cas de paiement immédiat par la personne protégée, ils en donnent acquit daté sur la facture même par leur signature personnelle ou par celle d'un délégué autorisé. La quittance ne peut être délivrée qu'au moment du paiement. Des encaissements préalables à la dispensation des prestations dans le cadre de l'assurance maladie ne peuvent être exigés à moins qu'ils ne concernent des frais perçus sur la personne protégée en règlement d'engagements que le médecin a contractés avec des fournisseurs tiers en vue d'un traitement déterminé, convenu avec la personne protégée.

**Les suppléments** pour convenance personnelle non à charge de l'assurance maladie, facturés à titre accessoire ou complémentaire à des prestations susceptibles de prise en charge par l'assurance maladie, **doivent figurer avec ces prestations sur un même mémoire d'honoraires.**

Les mémoires d'honoraires qui ne portent pas toutes les indications obligatoirement prescrites par le cahier de charges prévu ne sont opposables ni à la personne protégée, ni à l'assurance maladie.

Les mémoires d'honoraires établis ou acquittés même par délégation engagent la responsabilité personnelle du médecin quant à la conformité des inscriptions.

Les prestations en rapport avec un accident professionnel doivent être portées sur un mémoire d'honoraires distinct.

(2) ....

#### Art. 27.

.....

Les ordonnances doivent être datées et signées personnellement du médecin et porter le code du médecin-prescripteur. **Aucune ordonnance ne peut porter une autre date que celle de son établissement.**

#### Art. 45.

En cas d'incapacité de travail ou en cas de maternité de la personne protégée, le médecin établit personnellement une attestation médicale sur la formule standardisée prévue à ces fins et la remet à la personne protégée. Cette attestation est également établie en cas d'hospitalisation d'un patient.

**Le médecin ne peut attester l'incapacité de travail sans avoir examiné la personne protégée au jour de l'établissement du constat**, à moins que celle-ci se trouve en traitement stationnaire hospitalier au jour de la délivrance du constat.

Toutes les rubriques du formulaire portant sur le nom du patient, son numéro matricule et les différentes dates doivent être complétées par le médecin sans laisser d'espaces désempilés. Il en est de même pour les cases à cocher autorisant ou interdisant la sortie du malade durant l'incapacité de travail.

Aucun certificat d'incapacité de travail ne peut être établi en raison du simple fait d'une consultation, d'une visite médicale, de la délivrance d'un acte thérapeutique ou d'un acte d'investigation médicale, à moins que l'acte lui-même n'entraîne une incapacité de travail.

En aucun cas **le formulaire du constat d'incapacité de travail**, prévu à l'alinéa premier ci-dessus, **ne peut être utilisé** par le médecin lorsque celui-ci désire **attester l'empêchement au travail de la personne protégée résultant soit du simple fait que celle-ci se trouvait en consultation ou en traitement médical soit du fait de la maladie d'un proche dont elle assume la garde ou auquel elle délivre des soins.**

Le médecin indique toujours le diagnostic constaté ou présumé dans la case prévue à cet effet sur le premier volet du formulaire.

Le diagnostic est exprimé par un code de deux chiffres défini dans un tableau prévu au cahier des charges visé à l'article 18. Le diagnostic détaillé, correspondant au code inscrit sur le constat, doit être noté par le médecin dans le dossier médical du patient et tenu à la disposition du contrôle médical sur la demande de celui-ci.

Le médecin ayant ordonné l'hospitalisation d'une personne protégée en activité de service qui, en raison de son état de santé ne peut s'occuper elle-même de l'affaire, doit faire parvenir l'attestation susvisée sans délai à l'administration de l'hôpital en vue de sa transmission immédiate vers la caisse de maladie compétente.

Le médecin qui ordonne la fin de l'hospitalisation d'un assuré actif, veille à ce que celui-ci dispose le jour de la sortie de l'hôpital d'un constat visé à l'alinéa premier si l'incapacité de travail continue après l'hospitalisation.

Le médecin ne peut être tenu responsable des données inexactes que lui aurait fournies la personne protégée et qu'il a transcrites dans la partie lui réservée du questionnaire prévu sur le formulaire attestant l'incapacité de travail.

Art. 48.

**La mise en compte de suppléments d'honoraires pour convenance personnelle présuppose une information préalable** en ce sens de la personne protégée. Le traitement en question ne peut être commencé que lorsque la personne protégée a donné son accord pour prendre le supplément d'honoraires à sa charge

Art. 50.

Les indemnités pour non-respect de rendez-vous ne peuvent être mises en compte que si le médecin a préalablement averti la personne protégée sur l'obligation et les modalités qu'elle doit suivre en cas d'annulation du **rendez-vous**.

Constitue une convenance personnelle de la personne protégée conférant au médecin le droit à la perception d'un supplément d'honoraires, facturé avec tact et mesure :

1) un rendez-vous fixé à la demande expresse de la personne protégée à un jour et une heure précis à condition que le rendez-vous ait été respecté par le médecin. (code CP1)

2) un rendez-vous fixé à la demande expresse de la personne protégée un samedi matin et donné par un médecin qui travaille du lundi au vendredi. (code CP2)

3) le fait que la personne protégée vient trop tard à son rendez-vous sans fournir d'excuse valable. (code CP3)

Pour le médecin qui consulte exclusivement sur rendez-vous ou qui consulte par journée ou demi-journée sur rendez-vous :

4) le rendez-vous fixé à la demande expresse de la personne protégée à un jour et une heure précis après que deux propositions faites par le médecin n'ont pas été acceptées. (code CP4)

5) l'examen immédiat de la personne protégée sans qu'il ait été fixé de rendez-vous préalable, sauf en cas d'urgence. (code CP5)

6) Le fait par la personne protégée de se faire attribuer des soins lors d'une consultation ou visite d'urgence telles que celles-ci sont définies dans la nomenclature des médecins et des médecins-dentistes, sans que le caractère urgent n'ait été reconnu par le médecin. (code CP6.)

7) Le fait par la personne protégée de solliciter les conseils du médecin par téléphone, si la durée de l'entretien dépasse dix minutes au moins. (code CP7)

8) Les **prestations et fournitures dentaires** convenues avec la personne protégée et délivrées en dépassement des tarifs de prise en charge de l'assurance maladie ou de l'assurance contre les accidents, sont facturées sous le seul code. (code CP8)

Dans le cas de mise en compte de suppléments d'honoraires pour convenance personnelle du malade dans les cas énumérés ci-dessus, le médecin inscrit sur la note d'honoraires, respectivement la quittance, les codes CP1, CP2, CP3, CP4, CP5, CP6 ou CP7.

Les quittances doivent indiquer le montant réclamé au titre de convenance personnelle. Cette mention doit être libellée de façon claire pour prévenir des remboursements indus de la part de l'assurance maladie.

Le fait de ne pas être venu à son rendez-vous sans excuse préalable donne droit à la mise en compte, à titre d'indemnité, d'une consultation normale non remboursable par l'assurance maladie, sauf en cas de traitement important, auquel cas il peut être mis en compte un montant en relation avec le préjudice subi par le médecin, déterminé avec tact et mesure. La quittance afférente indique le montant réclamé de la consultation et porte la mention "RV non observé."

L'indemnité pour non-respect de rendez-vous est due si le rendez-vous n'a pas été décommandé 24 heures

à l'avance en cas de consultation et de 2 jours ouvrables à l'avance en cas de traitement plus important. Le fait qu'il s'agit d'un traitement important et le délai de décommandement applicable est communiqué à la personne protégée au moment de l'acceptation du rendez-vous.

Dans le cas visé sous 5) ci-dessus, l'indemnité pouvant être réclamée est égale à la différence entre le tarif de la consultation ou la visite normale et celui de la consultation ou la visite d'urgence. En cas de visite, les frais de déplacement éventuels sont inclus dans l'indemnité

Art. 64

2 Pour les médecins et pour les médecins-dentistes, la convention détermine en outre obligatoirement :

- 1) les engagements relatifs au respect, dans le cadre des dispositions légales et réglementaires, de la liberté d'installation du médecin, du libre choix du médecin par le malade, de la liberté de prescription du médecin, du secret professionnel;.....
- 2) les dispositions garantissant une médication économique compatible avec l'efficacité du traitement, conforme aux données acquises par la science et conforme à la déontologie médicale;
- 3) les modalités du dépassement des tarifs visés à l'article 66, alinéa 3;
- 4) les modalités de diffusion des standards de bonne pratique médicale tels que définis à l'article 65bis;
- 5) les modalités de l'établissement des rapports d'activité des prestataires de soins prévus à l'article 4191);
- 6) les domaines d'application de la rémunération salariée;
- 7) les rapports avec le médecin référent.

Art. 66.

Les tarifs des actes et des services professionnels opposables aux prestataires sont fixés en multipliant les coefficients prévus à l'article 65, alinéas 2 et 3, par la valeur des lettres-clés respectives.

2 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.

3 Toutefois, les conventions pour les médecins et pour les médecins-dentistes prévoient obligatoirement les modalités du dépassement, à charge des assurés, des tarifs fixés conformément à l'alinéa qui précède :

- 1) pour les convenances personnelles sollicitées par les personnes protégées en milieu hospitalier et ambulatoire ;
- 2) après devis préalable pour les prothèses et autres prestations dentaires dépassant l'utile et le nécessaire.

Art 74.

**Les médecins s'engagent au respect de la nomenclature des actes et services qui leur est applicable et au respect des tarifs conventionnels.**

Lorsqu'il est dans l'intérêt d'une application uniforme ou plus harmonieuse de la nomenclature, les parties s'engagent à saisir la commission de nomenclature conformément à l'article 65, alinéa 9 du code des assurances sociales d'une proposition commune de modification.

Les parties souscrivent à l'engagement réciproque de se consulter dans le cadre de propositions nouvelles pour la nomenclature tendant à assurer le progrès de la médecine et l'amélioration de la qualité des soins.

Art. 76.

**Sans préjudice d'un emploi judicieux des moyens diagnostiques et thérapeutiques déployés, les médecins visés par la présente convention s'engagent à faire bénéficier leurs malades de soins consciencieux, éclairés, attentifs et prudents, conformes à la déontologie médicale et aux données acquises par la science.**

**Les prestations à charge de l'assurance maladie ne peuvent dépasser l'utile et le nécessaire.**

**A cet effet, les médecins s'engagent à faire un bon usage des soins en s'attachant à faire correspondre au mieux les actes médicaux et les prescriptions à l'état de chaque malade.**

Art. 78.

Conformément à l'article 64, al. 2 du code des assurances sociales et afin d'assurer une évolution harmonieuse des dépenses, et notamment de garantir une stabilité des taux des cotisations d'assurance maladie, les parties signataires conviennent de ce qui suit :

La **maîtrise conventionnelle de l'évolution des dépenses** consiste en l'optimisation des soins sans pour autant organiser ou permettre un quelconque rationnement. Elle repose sur la garantie de la qualité des soins, telle qu'elle est définie par l'Organisation mondiale de la santé, à savoir à apporter à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques, qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique, et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédure, de résultats et de contacts humains à l'intérieur des systèmes de soins.

Elle s'accomplit dans l'exercice quotidien de chaque médecin. Celui-ci garde sa **totale liberté pour adapter les soins au cas particulier du malade qu'il a en face** de lui.

Art. 79.

Les parties signataires décident de dépasser la simple maîtrise économique des dépenses d'assurance maladie et de tout mettre en oeuvre pour assurer une maîtrise médicalisée des dépenses.

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

### Art. 4.-

Le tarif d'un acte est obtenu en multipliant son coefficient par la valeur monétaire de la lettre-clé négociée pour chaque exercice par les parties signataires de la convention pour les médecins ou arrêtée, à défaut d'accord entre parties, par une sentence du Conseil supérieur de la sécurité sociale, ceci conformément aux articles 66 et suivants du Code de la sécurité sociale.

Le tarif d'un acte est compté en euros à une décimale près. Les fractions de dixième d'euro sont arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq (5) cents. Les fractions de dixième d'euro sont arrondies vers le bas si elles sont strictement inférieures à cinq (5) cents.

### Art. 5.-

La consultation ou la visite comporte généralement un interrogatoire du malade, un examen clinique et, s'il y a lieu, une prescription thérapeutique. La visite comporte un déplacement du médecin soit au domicile ou lieu de séjour du patient, soit à l'hôpital, à l'exclusion de son propre cabinet médical.

Un entretien téléphonique ne peut donner lieu à une quelconque facturation à charge de la caisse.

Sont considérés comme inclus dans la consultation ou dans la visite les moyens de diagnostic en usage dans la pratique courante (prise de tension artérielle, examen au spéculum, toucher vaginal ou rectal, frottis en dehors de l'interprétation), la prise de sang veineux, les analyses qualitatives des urines (albumine et glucose), les injections intraveineuses, intramusculaires, sous-cutanées et intradermiques, les petits pansements et l'établissement d'un certificat sommaire.

## 7. Code civil

### Art. 1376

Celui qui reçoit par erreur ou sciemment ce qui ne lui est pas dû, s'oblige à le restituer à celui de qui il l'a indûment reçu.

## Table des matières

<i>Editorial</i> .....	1
<i>Le financement et les locaux du Collège médical</i> .....	3
<i>Dossier fraude et abus</i> .....	4
<i>Textes de référence</i> .....	6
1. Code de la Sécurité sociale Chapitre III – Contrôle médical de la Sécurité sociale.....	6
2. Statuts de la CNS.....	7
3. Code de la Sécurité sociale.....	7
4. Code de Déontologie médicale.....	8
5. Convention conclue entre l'UCM/CNS et l'AMMD.....	9
6. Règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie.....	12
7. Code civil.....	12

Heures d'ouverture du secrétariat : du lundi au vendredi de 9 - 11.30 et 14 - 16.00 heures  
Adresse : Collège médical, 7-9, avenue Victor Hugo, L-1750 Luxembourg, Tél. : 247-85514

e-mail: [info@collegemedical.lu](mailto:info@collegemedical.lu) ; site internet: <http://www.collegemedical.lu>

Info-Point no. 20 2016/9, éditeur responsable : Le Collège médical du Grand-Duché de Luxembourg,

Rédaction: Dr Pit BUCHLER, Dr Roger HEFTRICH

Layout: Patty SCHROEDER