

Avenant à la convention du 13 décembre 1993 telle que modifiée, conclue en application de l'article 61 du Code de la sécurité sociale entre l'Association des médecins et médecins-dentistes et la Caisse nationale de santé concernant les médecins, (ci-après la « Convention »).

Vu les articles 61 à 64 du Code de la sécurité sociale,

Vu la convention conclue en date du 13 décembre 1993 telle qu'elle a été modifiée dans la suite, les parties soussignées, à savoir :

l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg (ci-après « AMMD »), possédant les qualités requises au titre de l'article 62, alinéa 1^{er} du Code de la sécurité sociale, représentée par son président, le docteur Alain Schmit et son secrétaire général, le docteur Guillaume Steichen, d'une part,

et la Caisse nationale de santé, prévue à l'article 44 du Code de la sécurité sociale, représentée par le président de son conseil d'administration, Monsieur Christian Oberlé,

d'autre part,

ont convenu l'avenant de la convention mentionnée ci-dessus comme suit :

Art. 1^{er}.

À l'article 9, l'alinéa 2 est modifié comme suit :

« Le cas échéant la qualité de personne protégée peut être établie également par une attestation officielle émanant d'une institution de sécurité sociale étrangère, liée au Grand-Duché de Luxembourg par des instruments bi-ou multilatéraux de sécurité sociale et sur laquelle figurent les noms, adresse et, le cas échéant, le numéro d'identification de la personne protégée ainsi que la durée de validité de l'attestation. »

Il est ajouté un alinéa entre les actuels alinéas 4 et 5, de sorte que les actuels alinéas 5 à 7 deviennent les nouveaux alinéas 6 à 8. L'alinéa ajouté devient l'alinéa 5 et prend la teneur suivante :

« Si la personne protégée s'identifie par le biais d'une authentification forte dans le contexte d'une identification numérique, les alinéas 1^{er} et 3 du présent article ne s'appliquent pas. L'authentification forte est une procédure d'identification qui requiert la concaténation d'au moins deux facteurs d'authentification. »

Les actuels alinéas 6 et 7 deviennent les nouveaux alinéas 7 et 8 et sont modifiés comme suit :

« Le fait par le médecin de reporter le numéro d'identification figurant sur la carte d'assuré sur les documents établis conformément aux modalités arrêtées dans le cahier des charges prévu à l'article 18, constitue à l'égard de l'assurance maladie présomption du contrôle de la concordance de l'identité du bénéficiaire des soins avec le titulaire de la carte d'assuré et, le cas échéant, des documents conférant le bénéfice du tiers payant social.

Lorsqu'aucune identification de la personne protégée n'a pu être faite, le médecin barre ostensiblement l'endroit prévu pour l'inscription du numéro d'identification sur toutes les formules émises en faveur du malade. Lorsqu'il s'agit d'une formule générée par un système informatique, l'espace prévu pour le numéro d'identification doit être marqué ostensiblement d'après les modalités convenues au cahier des charges visé à l'article 18. »

Art. 2.

À l'article 18 sont ajoutés 6 alinéas avant l'actuel alinéa premier. Ces alinéas deviennent les alinéas 1^{er} à 6 et se tiennent comme suit :

« Les parties s'accordent sur la mise en place de la numérisation et de la dématérialisation des flux d'information et des documents qui sont nécessaires à la détermination de la prise en charge par l'assurance maladie. Elles conviennent de privilégier la gestion, la transmission et la conservation numériques des documents prévus dans le cadre de la présente convention.

Cette démarche vise l'intégralité des processus et des flux entre les parties, à savoir la dématérialisation au sens de numérisation des documents et pièces justificatives établies sous format papier, le transfert numérique et la conservation des documents numériques, à savoir la création et la préservation des archives de documents numériques dans le temps. Les documents numériques qui sont traités sur la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé sont conservés pour une durée maximale de dix ans à compter de la prise en charge.

Le médecin utilise un programme informatique qui doit être conforme aux critères de connexion inclus dans les référentiels d'interopérabilité définis pour la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé et pour lequel il a obtenu l'attestation de conformité y relative pour pouvoir procéder à la numérisation et à la transmission numérique des documents. Il s'engage à suivre la procédure d'accès au transfert par voie numérique de données structurées et normalisées entre son système d'information et le système d'information de la Caisse nationale de santé, le tout tel que décrit dans le cahier des charges.

Les parties garantissent que les échanges numériques entre médecins, personnes protégées et assurance maladie et la conservation de documents numériques sont faites par et sur la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé. En cas de modification des législations et réglementations de ces dispositions et des processus, les parties conviennent de s'y conformer dans les délais impartis par les lois et règlements et d'entrer en négociation, le cas échéant, pour adapter la présente convention aux requis légaux ou réglementaires.

À l'exception de l'ajout des données administratives strictement nécessaires au traitement des documents que sont l'identification et l'affiliation de la personne protégée, les parties garantissent que les documents numériques transmis et archivés dans le cadre de la présente convention n'ont subi aucune altération par rapport à l'original dont ils émanent et dont ils sont présumés être une copie fidèle, leur reconnaissant la même valeur juridique et force probante.

Les incidents liés à la sécurité de l'information sont gérés conformément au système de management de la sécurité de l'information incluant un processus de gestion de risques mis en œuvre par l'Agence qui est conforme à la norme internationale ISO/IEC 27001. »

Les actuels alinéas 1^{er} et 2 deviennent les nouveaux alinéas 7 et 8 et sont modifiés comme suit :

« Dans le cadre des dispositions de la présente convention régissant leurs relations avec les personnes protégées, avec l'assurance maladie et avec le Contrôle médical de la sécurité sociale, les médecins font usage soit de formules numériques, soit de formules standardisées de mémoires d'honoraires, de prescriptions médicales, de devis et de déclarations d'incapacité de travail répondant aux critères déterminés dans un cahier des charges conventionnel.

Ces formules contiennent obligatoirement les nom, prénom, adresse et code prestataire du médecin ainsi que les nom, prénom et numéro d'identification de la personne protégée. Outre ces inscriptions, le médecin y fait figurer d'autres indications utiles déterminées par le cahier des charges ou par des dispositions légales, réglementaires et conventionnelles. »

Il est ajouté un nouvel alinéa entre les actuels alinéas 2 et 3, devenant le nouvel alinéa 9. Ce nouvel alinéa 9 prend la teneur suivante :

« Le cahier des charges prévoit l'emplacement des informations dans le document, leur format numérique, les codes et libellés des actes et services ou les dénominations précises à utiliser ainsi que toutes

les précisions nécessaires permettant de garantir une interopérabilité entre les différentes solutions numériques communiquant à travers la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé, ainsi qu'une bonne compréhension du mémoire d'honoraires par la personne protégée. »

Est ajouté un nouvel alinéa au lieu de l'actuel alinéa 3, qui est supprimé, l'actuel alinéa 4 devenant le nouvel alinéa 11. Le nouvel alinéa 10 ainsi ajouté prend la teneur suivante :

« Les conditions, modalités et normes techniques de la transmission des données nécessaires à la prise en charge des prestations par l'assurance maladie par le biais de procédés numériques sont déterminées par le cahier des charges. »

Art. 3.

Il est ajouté un nouvel article 18bis, intitulé « Logiciel métier » qui prend la teneur suivante :

« Le logiciel métier désigne un logiciel spécifique conçu pour permettre au médecin de réaliser des services eSanté de support, ayant pour but l'échange et le partage de données avec l'assurance maladie.

Par « service eSanté » on entend tout service électronique mis à disposition des médecins au sein de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé ayant pour objet de favoriser l'échange de données de santé.

Par « service eSanté de support » on entend tout service eSanté qui assume une fonction technique de support à d'autres services en lien avec les missions de l'Agence et dont l'exploitation impose qu'ils soient hébergés sur les serveurs de celle-ci.

Le logiciel métier doit être équipé d'un processus d'authentification forte conforme au système de management de la sécurité de l'information incluant un processus de gestion de risques mis en œuvre par l'Agence qui est conforme à la norme internationale ISO/IEC 27001, pour permettre l'authentification forte du médecin ainsi que de ses délégués autorisés.

Pour permettre la transmission et la circulation des données entre les logiciels métier utilisés par les médecins, l'assurance maladie et les personnes protégées, les logiciels métier doivent disposer de l'attestation de conformité de l'Agence qui est conforme à la norme internationale ISO/IEC 27001.

Toutes autres modalités et conditions concernant les transferts d'informations numériques entre les médecins et l'assurance maladie sont fixées par le cahier des charges.

Les médecins ne disposant pas de logiciel métier conforme aux prérequis de l'Agence n'émettent que des documents sous format papier, tels que définis dans le cahier des charges. »

Art. 4.

À l'article 19 est ajouté un nouvel alinéa entre les actuels alinéas 3 et 4, l'actuel alinéa 4 devenant ainsi le nouvel alinéa 5. Le nouvel alinéa 4 se tient comme suit :

« La commission paritaire permanente a également un rôle de conciliation si le médecin remet en cause le résultat du moteur de règles basé sur les règles de tarification. »

Art. 5.

À l'article 24 sont apportées des modifications à l'actuel alinéa 1^{er} du paragraphe premier, celui-ci se lisant désormais comme suit :

« (1) Les mémoires d'honoraires établis soit par les formules standardisées, soit par les formules numériques, doivent reproduire toutes les indications utiles correspondant aux actes prestés personnellement par le médecin. »

Art. 6.

Il est ajouté un nouvel article 24*bis*, intitulé « Moteur de règles », qui prend la teneur suivante :

« (1) Le moteur de règles est un logiciel mis à disposition par la Caisse nationale de santé qui vérifie l'état d'affiliation du patient auprès de l'assurance maladie au jour de la prestation des actes et services et examine les mémoires d'honoraires des médecins en appliquant les règles de tarification.

Les règles relatives à la prise en charge des actes et services par l'assurance maladie ainsi que l'ensemble des conditions et modalités d'opposabilité à l'assurance maladie prévues par les dispositions légales, réglementaires et conventionnelles constituent les « règles de tarification ».

(2) Les mémoires d'honoraires censés être transmis sous formule numérique ne peuvent être établis avec le concours du moteur de règles qu'après authentification forte du médecin et après identification de la personne protégée.

(3) Le moteur de règles se base sur la saisie encodée conformément aux dispositions de l'article 18, alinéas 7 et 8, et de l'article 24 par le médecin ou son délégué autorisé pour lui indiquer, sous réserve d'affiliation valable à l'assurance maladie au jour de la prestation des actes et services, le numéro d'identification du patient et, par acte ou service presté et mis en compte, il l'informe également sur :

- la part statutaire incombant à l'assurance maladie,
- la participation personnelle de la personne protégée et
- les anomalies éventuelles.

Dans les cas où le médecin établit le mémoire d'honoraires à l'aide du moteur de règles, la personne protégée prend connaissance du résultat fourni par celui-ci tel que prévu au présent paragraphe dès validation dudit résultat par le médecin

L'analyse effectuée par le moteur de règles et indiquée au médecin vaut validation par l'assurance maladie des montants lui opposables. »

Art. 7.

L'actuel article 25 devient le nouvel article 25*bis*.

Art. 8.

L'actuel article 25 est remplacé par le texte suivant :

« Face à l'analyse effectuée par le moteur de règles, le médecin peut décider soit de rectifier le mémoire d'honoraires, soit de valider le résultat du moteur de règles, soit de contester le résultat du moteur de règles.

Par sa validation, le médecin confirme avoir facturé de bonne foi les prestations qu'il a fournies à la personne protégée et rend le mémoire d'honoraires définitif. Ce mémoire d'honoraires ainsi que le résultat du moteur de règles doivent être communiqués à la personne protégée.

Le médecin peut marquer son désaccord avec l'analyse du mémoire d'honoraires effectuée par le moteur de règles lorsqu'il conteste l'interprétation d'une règle de tarification faite par celui-ci ou lorsqu'il estime constater une erreur dans sa programmation.

Le médecin informe la Caisse nationale de santé de son désaccord avec le résultat fourni par le moteur de règles. La personne protégée est informée qu'un mémoire d'honoraires standardisé lui est délivré sans validation par le moteur de règles et qu'elle doit formuler une demande en remboursement auprès de l'assurance maladie afin de pouvoir recouvrer la part statutaire.

Le moteur de règles établit mensuellement un rapport d'erreurs et de contestations afin d'améliorer continuellement la fiabilité des calculs, la bonne compréhension des règles de tarification et d'assurer la bonne application de celles-ci. Ce rapport est destiné aux délégués désignés de la commission paritaire permanente. »

Art. 9.

Les alinéas 1^{er}, 3, 5, 6, 7 et 10 de l'article 45 sont modifiés et se tiennent désormais comme suit :

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

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

En aucun cas la formule du constat d'incapacité de travail, prévu à l'alinéa premier ci-dessus, ne peut être utilisée 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. Le code diagnostic du certificat d'incapacité de travail numérique est transmis sous forme numérique au Contrôle médical de la sécurité sociale.

Le diagnostic est exprimé par un code à deux chiffres défini dans un tableau prévu au cahier des charges visé à l'article 18. Ces codes seront élaborés à partir des codes ICD10 à trois caractères alphanumériques au moins, par lien direct avec le catalogue ICD10, ce qui assure une cohérence internationale. Le code à deux chiffres portant le numéro 99, intitulé « autre pathologie », prévu à l'article 5 de l'annexe « K » dudit cahier des charges, sera supprimé et remplacé par une entrée dans le catalogue ICD10 pour permettre au médecin, qui ne trouve pas le code le plus approprié dans le tableau susmentionné, de sélectionner le code ICD10 le plus adéquat. Un outil informatique proposé aux médecins permettra d'inscrire le code sélectionné sur le certificat d'incapacité de travail. Ces informations seront à disposition du médecin pour les renseigner dans le dossier médical du patient tenu à la disposition du Contrôle médical de la sécurité sociale à la demande de celui-ci.

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 la formule attestant l'incapacité de travail. »

Art. 10.

À l'article 59 l'alinéa 1^{er} est supprimé et remplacé par trois nouveaux alinéas 1 à 3, l'actuel alinéa 2 devenant le nouvel alinéa 4. Les nouveaux alinéas 1 à 3 prennent la teneur suivante :

« À l'exception des cas prévus à l'article 60, alinéa premier, premier point, le médecin et la personne protégée choisissent d'un commun accord le système de prise en charge des prestations par l'assurance maladie. Ils optent soit pour le système de remboursement, soit pour le système de la prise en charge directe.

Dans le cadre du système de remboursement, il appartient à la personne protégée de régler les honoraires du médecin. Le médecin délivre quittance pour le montant reçu. Sur base de cette quittance ou d'une preuve de paiement, la caisse compétente procède au remboursement de la part statutaire incombant à l'assurance maladie pour les mémoires d'honoraires lui transmis et pour lesquels la personne protégée a fait l'avance des frais.

Dans le cadre du système de la prise en charge directe, la présente convention prévoit deux procédures, à savoir la procédure dite tiers payant telle que prévue à l'article 60 et la procédure dite paiement immédiat direct telle que prévue à l'article 60*bis*. La procédure du paiement immédiat direct ne peut être choisie que si la condition prévue à l'article 60*bis*, alinéa premier est respectée. »

Art. 11.

À l'article 60, l'alinéa premier est modifié comme suit :

« La procédure de paiement direct par l'assurance maladie, dite procédure du tiers payant, est appliquée dans les cas limitativement énumérés ci-après : (...) »

Art. 12.

Il est ajouté un nouvel article 60*bis* qui prend la teneur suivante :

« La procédure du paiement immédiat direct ne peut être choisie par la personne protégée et le médecin que si le mémoire d'honoraires est établi avec l'utilisation du moteur de règles.

Dans ce cadre, la personne protégée ne procède qu'au paiement de la part personnelle restant éventuellement à sa charge. Ce paiement marque son accord avec le mémoire d'honoraires et enclenche la liquidation selon les conditions et modalités de l'article 61, paragraphe 3. »

Art. 13.

L'intitulé de l'article 61 est modifié comme suit : « Modalités de liquidation et de paiement des honoraires dans le cadre du tiers payant, du tiers payant social et du paiement immédiat direct ».

Les alinéas 6 et 9 du premier paragraphe sont modifiés comme suit :

« Chaque envoi est accompagné d'un relevé contenant les nom, prénom et numéro d'identification des personnes protégées ainsi que le montant des honoraires dus.

Avec le paiement, la Caisse nationale de santé fait tenir au médecin un relevé des prestations payées, contenant les nom, prénom et numéro d'identification des personnes protégées ainsi que le montant des honoraires payés. »

L'alinéa 3 du second paragraphe est modifié comme suit :

« Avec le paiement, la Caisse nationale de santé fait tenir au médecin un relevé séparé des prestations prises en charge dans le cadre du tiers payant social, contenant les nom, prénom et numéro d'identification des personnes protégées ainsi que le montant des honoraires payés. »

Il est ajouté un nouveau paragraphe à l'article 61, devenant le 3^{ème} paragraphe, et dont la teneur est la suivante :

« (3) Dans le cadre de la procédure du paiement immédiat direct, le paiement par la personne protégée de la participation personnelle enclenche automatiquement le processus de liquidation de la part statutaire.

Une fois le processus de liquidation prévu à l'alinéa précédent enclenché, il ne peut plus être interrompu. Il se clôture par le déclenchement du paiement au médecin par l'assurance maladie.

Si le mémoire d'honoraires est exempt de participation personnelle, le simple fait d'avoir choisi la procédure du paiement immédiat direct déclenche la procédure de liquidation.

La liquidation de la part statutaire au médecin intervient dans les 48 heures suivant la réception de l'information de la preuve de paiement du mémoire d'honoraires ou de l'ordre de paiement, ou au plus tard le prochain jour ouvrable si le délai se termine un samedi, dimanche ou jour férié. »

Art. 14.

Il est ajouté un nouvel article 109, intitulé « Sécurité de la numérisation », qui prend la teneur suivante :

« Les médecins et l'assurance maladie s'engagent au respect de la loi du 1^{er} août 2018 portant organisation de la Commission nationale pour la protection des données et du régime général sur la protection des données, ainsi qu'au respect du règlement (UE) 2016/679 de l'Union Européenne du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Le médecin veillera notamment à conformer ses pratiques de travail aux impératifs de la législation sur la protection des données à caractère personnel. Il s'engage à une utilisation strictement professionnelle des accès aux données de l'Agence, de l'assurance maladie ou du Centre commun de la sécurité sociale. Il s'engage à utiliser les données qui lui sont communiquées à travers les échanges électroniques uniquement dans le cadre de l'exécution de sa mission envers l'assurance maladie.

Il ne transmet à des tiers les informations relatives à la personne protégée qu'avec l'accord de celle-ci ou dans les circonstances où la loi admet leur révélation. »

Art. 15.

Il est ajouté un nouvel article 110, intitulé « Indemnisation trimestrielle des coûts numériques », qui prend la teneur suivante :

« La Caisse nationale de santé s'engage au paiement d'une indemnisation trimestrielle des coûts numériques que doivent prendre en charge les médecins ou les associations de médecins pour garantir la création et la transmission sécurisée des documents numériques, conformes au cahier des charges, avec les personnes protégées et l'assurance maladie par et sur la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé.

L'indemnisation trimestrielle des coûts numériques se compose de la totalité des compensations unitaires, calculée en multipliant le nombre de documents numériques opposables à l'assurance maladie avec la compensation unitaire et, le cas échéant, d'une majoration pour coût réel de signatures électroniques.

La compensation unitaire est accordée par document transmis conformément à l'alinéa premier. Elle est fixée à 0,44 euros hors TVA par document pour l'année 2021. À partir de 2022, la compensation unitaire est fixée annuellement par la Caisse nationale de santé qui peut avoir recours à une fiduciaire experte en comptabilité et comptabilité générale.

La majoration pour coût réel de signatures électroniques est accordée par document devant être muni d'une signature électronique.

La liquidation de l'indemnisation trimestrielle des coûts numériques se fait trimestriellement au médecin ou à l'association de médecins selon les modalités suivantes :

- 1) l'Agence établit un récapitulatif trimestriel au plus tard le 10^{ème} jour du mois qui suit le trimestre de référence, sur base duquel la Caisse nationale de santé calcule l'indemnisation trimestrielle des coûts numériques à payer au médecin ou à l'association de médecins.
- 2) la Caisse nationale de santé envoie au plus tard le 25^{ème} jour du mois qui suit le trimestre de référence un décompte de l'indemnisation trimestrielle des coûts numériques à verser.
- 3) la Caisse nationale de santé liquide au plus tard le 30^{ème} jour du mois qui suit le trimestre de référence. »

Entrée en vigueur

Art. 16.

Le présent avenant entre en vigueur le 1^{er} jour du mois suivant sa publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

En foi de ce qui précède, les soussignés, dûment autorisés par leurs mandants, ont signé le présent avenant de la convention.

Fait à Luxembourg, le 19 mai 2021 en deux exemplaires.

Pour l'Association des médecins et
médecins-dentistes,

Pour le Conseil d'administration de la
Caisse nationale de santé,

Le Président,

Le Secrétaire général,

Le Président,

Dr Alain Schmit

Dr Guillaume Steichen

Christian Oberlé

