MEMORIAL
Journal Officiel du Grand-Duché de Luxembourg

MEMORIAL
Amtsblatt des Großherzogtums Luxemburg

RECUEIL DE LEGISLATION

A — N° 170 **31 décembre 2001**

Sommaire

Amendement de la convention entre l'Union des Caisses de Maladie et l'association luxembourgeoise des sages-femmes, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du code des assurances sociales . . . . . page 3790

Convention conclue entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des Caisses de Maladie portant institution d'un programme de vaccination contre l'hépatite B 3799

Convention conclue entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des Caisses de Maladie portant institution d'un programme de vaccination contre la méningite à méningocoque C. 3802

Convention conclue entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des Caisses de Maladie portant institution d'un programme de vaccination de certaines personnes à risque contre la grippe. 3804

Convention conclue entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des Caisses de Maladie portant institution d'un programme permanent de dépistage précoce du cancer du sein par mammographie. 3806

Protocole d'accord signé entre l'Union des Caisses de Maladie et la Confédération luxembourgeoise des prestataires et ententes dans le domaine de la prévention, d'aide et de soins aux personnes dépendantes. 3811

Amendement de la convention entre l'Union des Caisses de Maladie et l'association luxembourgeoise des sages-femmes, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du code des assurances sociales.

Vu les articles 61 à 67 et 71 du code des assurances sociales,

les parties soussignées, à savoir:

L'association luxembourgeoise des sages-femmes, agissant comme groupement professionnel représentatif des sages-femmes établis au Luxembourg, représentée par sa présidente, Madame Martine WELTER, et déclarant posséder les qualités requises au titre de l'article 62, alinéa 2 du code des assurances sociales d'une part,

et l'union des caisses de maladie, prévue à l'article 45 du code des assurances sociales, représentée par son président, Monsieur Robert KIEFFER,

d'autre part,

ont convenu ce qui suit:

I. L'alinéa 2 de l'article 12 est modifié et prend la teneur suivante:

La valeur du coefficient au sens de l'article 65 du code des assurances sociales de l'indemnité pour perte d'honoraires pour une absence de la personne protégée à son domicile ou pour un rendez-vous au cabinet non respecté, est égale à celle du coefficient dont est affecté l'acte manqué, sans que toutefois l'indemnité ne puisse dépasser le coefficient 4. L'indemnité n'est pas à charge de l'assurance maladie. Il en est de même des frais de déplacement dûs le cas échéant. L'indemnité est facturée respectivement sous le code SC1 et SC2.

II. L'alinéa 3 de l'article 12 est modifié et prend la teneur suivante:

Le fait par le prestataire d'accorder à la personne protégée un rendez-vous à la demande expresse de celle-ci à un jour précis après 19.00 heures ou un samedi, dimanche ou jour férié légal, donne droit à la perception d'une indemnité pour contrainte extraordinaire, à condition que le rendez-vous soit situé en dehors des jours ou de la plage de travail normale annoncée par le prestataire et que le rendez-vous ait été respecté par celui-ci. L'indemnité pour contrainte extraordinaire, dont la valeur du coefficient au sens de l'article 65 du code des assurances sociales équivaut à 2 n'est pas à charge de l'assurance maladie. Elle est facturée sous le code SC3.

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

Fait à Luxembourg, le 19 décembre 2001 en deux exemplaires.

Pour l'association luxembourgeoise
des sages-femmes
La présidente,
(s.) **M. Welter**

Pour l'union des caisses de maladie
Le président,
(s.) **R. Kieffer**

Cahier des charges relatif aux documents et formules standardisés ainsi qu'aux moyens de transmission des données entre l'association luxembourgeoise des sages-femmes, les personnes protégées et l'assurance maladie, pris en exécution de l'article 10 de la convention du 13 décembre 1993 conclue entre l'association luxembourgeoise des sages-femmes et l'union des caisses de maladie.

Vu les articles 61 à 67 et 71 du code des assurances sociales,

vu l'article 10 de la convention du 13 décembre 1993 (nommée par la suite «la convention»), les parties soussignées, à savoir:

l'association luxembourgeoise des sages-femmes agissant en qualité de groupement professionnel représentatif des sages-femmes établies au Luxembourg, visées à l'article 1er de la présente convention, représentée par sa présidente, Madame Martine WELTER, déclarant posséder les qualités requises au titre de l'article 62, alinéas 1 et 2 du code des assurances sociales d'une part,

et l'union des caisses de maladie, prévue à l'article 45 du code des assurances sociales, représentée par son président, Monsieur Robert KIEFFER, demeurant à Luxembourg, d'autre part, ont convenu ce qui suit:

1) IDENTIFICATION DU FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTE	2) CODE DU FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTE 30 0000 – 00

3) MATRICULE NOM PRENOM DU PATIENT	4) NOM PRENOM RUE PAYS CODE POSTAL LOCALITE
5) 6)	

7) **MEMOIRE D'HONORAIRES** N° 0000000000000 8) DU 00 00 0000

9) NUM TITRE	10) PRESTATION	11) DATE	12) NOMBRE	13) BRUT	14) NET	15) HEURE	16) P.PERS.	17) EXECUTANT
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
		18) SOUS- TOTAL:						
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
		19) SOUS- TOTAL:						
		20) TOTAL:						

☐ 21) Paiement direct

23)**MONTANT A PAYER :**

☐ 22) Tiers payant

24) Pour acquit, le

25) Signature et cachet

26) coordonnées bancaires (données de la case 1)

27)La loi du 31.3.79, modifiée par celle du 1.10.92 art 28-1(5) est appliquée

1) Identification du fournisseur de soins de santé: sage-femme à titre de profession libérale, seule, nom de l'association exerçant dans le domaine libéral, soit au titre de salarié d'une association ou organisation sans but lucratif.

   Nom, prénom, rue, pays, code postal et localité du fournisseur de soins de santé
2) Code complet du fournisseur de soins de santé libellé sous 1) (avec check-digit)
3) Numéro matricule, nom et prénom de la personne protégée/patient
4) Nom, prénom, rue, pays, code postal et localité de la personne protégée, du représentant légal ou de l'organisme auquel la facture est adressée
5) Désemplie
6) Désemplie
7) Mémoire d'honoraires: numéro (libre)
8) Date d'établissement du mémoire
9) Num.titre: numéro du titre de prise en charge; actuellement inexistant (zone désemplie)
10) Prestation: code de la prestation d'après la nomenclature officielle suivi, le cas échéant, par le suffixe:

    T: acte délivré un samedi après 12.00 heures: majoration de 25%

    D: acte délivré un dimanche: majoration de 25%

    F: acte délivré un jour férié légal: majoration de 25%

    G: acte délivré entre 20.00 et 22.00 heures: majoration de 25%

    N: acte délivré entre 22.01 et 7.00 heures: majoration de 50%
11) Date: date de la prestation
12) Nombre: nombre de prestations (toujours 1 sauf pour l'indemnité kilométrique SD9)
13) Brut: montant du tarif de la nomenclature des actes et services des sages-femmes sans calcul de la participation statutaire
14) Net: montant du tarif de la nomenclature des actes et services des sages-femmes diminué de la participation statutaire (facultatif)
15) Heure: en cas de délivrance de plusieurs prestations par jour on utilise des heures fixes (et non l'heure effective) pour documenter qu'une prestation a été délivrée:

    08.00: le matin

    12.00: vers midi ou pendant l'après-midi

    20.00: le soir

    22.00: pendant la nuit
16) P.Pers.: montant de la participation personnelle à charge de la personne protégée
17) Exécutant: code de la sage-femme ayant délivré les actes et services des sages-femmes avec check - digit: 300000-00
18) + 19) Sous-Total: situations dans lesquelles il y a lieu de faire des sous-totaux: a) en cas de changement du prestataire ou b) pour un même prestataire lorsque le nombre d'actes dépasse 10 séances. Les sous-totaux ne peuvent pas être cumulatifs
20) Total: somme des sous-totaux
21) Paiement direct: au cas où la personne protégée a fait l'avance complète des frais et donc a opté pour le système du remboursement par les caisses de maladie, le prestataire doit cocher cette case
22) Tiers payant: en cas d'invocation de l'article 25 de la convention entre l'union des caisses de maladie et l'association luxembourgeoise des sages-femmes, le prestataire doit cocher cette case
23) Montant pris en charge par la personne protégée:

    - en cas de virement, ce montant est égal au total du montant brut

    - en cas d'application du système du tiers payant, ce montant est égal à la participation personnelle
24) Pour acquit, le: renseignement de la date de paiement par le prestataire en cas de paiement de la participation personnelle respectivement du montant brut par la personne protégée
25) Signature et cachet attestant le paiement ou l'établissement de la facture
26) Coordonnées bancaires: données du fournisseur de soins de santé. Cette inscription est obligatoire en cas de remboursement des actes et services par la caisse de maladie compétente, mais superfétatoire en cas d'application du système du tiers payant
27) Citation de texte légal.

RELEVE DES NOTES D'HONORAIRES DES ACTES ET SERVICES DES SAGES-FEMMES*

Identification du fournisseur de soins de santé	réservé à l'union des caisses de maladie
Coordonnées bancaires :	
Code :	

Récapitulation des notes d'honoraires du chef de la fourniture de soins de santé dispensés aux personnes protégées relevant de l'assurance maladie.

Pendant la période du: au:

Nombre des mémoires d'honoraires ou d'enregistrements du support informatique:

Montant total des honoraires à charge de l'organisme assureur (montant net cf. zone 14) du mém. d'honoraires):

Certifié sincère et véritable, mais non encore acquitté: , le

Signature

☐ Transmission informatique des données dans le cadre du tiers payant

☐ Transmission manuscrite des données dans le cadre du tiers payant

* Cette page est à joindre soit aux mémoires d'honoraires soit au fichier en cas d'application du système du tiers payant.

EXTRAIT DE LA CONVENTION

Mode de paiement des prestations

Art. 25. D'une manière générale, les honoraires pour les soins délivrés sont payés au prestataire par la personne protégée sur présentation d'un mémoire d'honoraires, à l'exception de ceux pris en charge dans le cadre du forfait d'accouchement visé par l'article 26* du code des assurances sociales.

L'ordonnance originale est retournée à la personne protégée avec le mémoire d'honoraires.

*Art. 26. (CAS) (1) Les assurées bénéficient lors de l'accouchement des soins d'une sage-femme, de l'assistance médicale, du séjour dans une maternité ou clinique, de fournitures pharmaceutiques et de produits diététiques pour nourrissons.

(2) Ces prestations sont prises en charge forfaitairement suivant les modalités fixées par règlement grand-ducal. (R.23.12.1998) (art. 3 modifié par R. 23.12.1999)

Règlement grand-ducal du 23 décembre 1998 ayant pour objet de déterminer les prestations en nature lors de l'accouchement, en exécution de l'article 26, alinéa 2 du code des assurances sociales (Mémorial 1998, A 123, p. 3.395) modifié par règlement grand-ducal du 23 décembre 1999 (Mémorial 1999, A 149, p.2934) (remplace le règlement grand-ducal du 14.3.1996 qui est abrogé)

Art.1er. En cas d'accouchement en milieu hospitalier, le forfait prévu à l'article 26 du code des assurances sociales comprend:
a) l'assistance médicale à l'accouchement comprenant le traitement post - partum;
b) les soins d'une sage-femme et les frais intervenus lors de l'accouchement, tels que l'indemnisation pour salle d'accouchement, les frais de médicaments et de matériel de pansement, qui sont déterminés par le coût moyen pondéré global de l'unité d'œuvre «salle d'accouchement» comprenant les frais fixes et les frais variables opposables à l'assurance maladie - maternité;
c) les frais de séjour de la mère et de l'enfant à l'hôpital, qui sont déterminés par journée par le coût moyen pondéré global de l'unité d'œuvre «hospitalisation - soins normaux» comprenant les frais fixes et les frais variables opposables à l'assurance maladie - maternité, jusqu'à un maximum de douze journées;
d) les frais de soins post - partum de la sage-femme au domicile de la mère, pour autant que le séjour de la mère à l'hôpital après l'accouchement ait été inférieur à cinq journées;
e) les frais des produits diététiques ou le matériel accessoire pour l'allaitement maternel.

Remarques relatives à la transmission sur support informatique

1. En cas d'utilisation d'un support informatique, les ordonnances et relevés sont présentés dans le même ordre que sur le fichier informatique.
2. Il y a lieu d'introduire un seul relevé par mois par fournisseur de soins de santé.

Remarques relatives à la transmission manuscrite

1. Chaque mémoire d'honoraires doit obligatoirement porter le numéro matricule du patient pour être opposable à l'assurance maladie.
2. Pour l'inscription des notes d'honoraires il ne sera utilisé qu'une seule ligne du relevé.
3. Les notes d'honoraires, accompagnées des ordonnances ou copie des ordonnances sont à présenter dans l'ordre de leur inscription sur le relevé.
4. Il y a lieu d'introduire un seul relevé par mois par fournisseur de soins de santé.

No d'ordre	Note no*	Matricule - Nom et prénom	Montant	réservé à la caisse
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
		à reporter		

* inscription facultative

No d'ordre	Note no*	Matricule - Nom et prénom	Montant	réservé à la caisse
1		Report.....		
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
0				
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
0				
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
0				
		à reporter		

* inscription facultative

TRANSMISSION SUR SUPPORT INFORMATIQUE DANS LE CADRE DU TIERS PAYANT

Supports acceptés:

Disquettes de 3 ½ pouces, formatées MSDOS version supérieure à 3.1. Les données sont encodées en ASCII. Le fichier a une longueur d'enregistrement fixe de 145 octets. Chaque enregistrement est terminé par un carriage - return et un line - feed. Le nom du fichier est « S » suivi de la troisième jusqu'à la sixième position incluse du code fournisseur, suivi d'un point et suivi du numéro de la disquette sur une position. Le fichier ne doit ni être comprimé, ni être écrit à l'aide du logiciel BACKUP de l'MSDOS ou d'un programme similaire. Les zones numériques sont ajustées à droite avec les zéros non significatifs présents. Ces zéros non significatifs peuvent être remplacés par des blancs. Les zones alphanumériques ou alphabétiques sont ajustées à gauche. En cas de connexion du fournisseur sur une ligne ISDN ou ultérieurement sur Healthnet, le fichier pourra être transféré à l'aide du programme FTP.

Layout du fichier:

Position	Nbr. de bytes	Alpha-bétique ou numé-rique	Libellé
1	1	N	Version du layout (2)
2 – 9	8	N	Date du décompte sous forme AAAAMMJJ
10	1	A	Organisme payeur : U = UCM
11 – 16	6	N	Code du fournisseur de soins de santé
17 – 27	11	N	Matricule du patient AAAAMMJJ000
28 – 37	10	A/N	Filler
38 – 52	15	A/N	Numéro facture (= facultatif)
53 – 60	8	N	Date ordonnance (AAAAMMJJ)
61 – 68	8	N	Date validité de l'ordonnance (AAAAMMJJ)
69 – 74	6	N	Code du médecin prescripteur
75 – 80	6	N	Code de la sage-femme prestataire
81 – 90	10	A/N	Code de la prestation munie du suffixe (p.ex. : S11T)
91 – 98	8	N	Date de la prestation (AAAAMMJJ) (jour effectif de la prestation)
99 – 106	8	N	Date fin de la prestation (AAAAMMJJ) = toujours 0 ou blanc
107 – 110	4	N	Heure début de la prestation sous forme de HHMM Cette zone est à compléter au cas où le nombre de séances par jour > 1, respectivement en présence d'une majoration d'un acte (p.ex.: nuit, etc.). Il y a lieu d'indiquer l'heure effective du début de la prestation
111 – 114	4	N	Heure fin de la prestation sous forme HHMM = toujours 0 ou blanc
115 – 117	3	N	Nombre de fois que la position de la nomenclature a été exécutée. Pour les actes et services des sages-femmes le nombre est toujours 1 sauf pour l'indemnité kilométrique SD9
118 – 124	7	N	Montant de la prestation sans déduction de la participation (Brut)
125 – 126	2	N	Décimales du montant brut
127 – 133	7	N	Montant de la prestation après déduction de la participation (montant à charge de l'UCM) (Net)
134 – 135	2	N	Décimales du montant net
136 – 139	4	N	Numéro du titre de prise en charge (actuellement désempli)
140 – 142	3	N	Code du refus de la prestation (donnée chargée par l'UCM en cas de retour du fichier)
143 – 145	3	A	Code de la devise EUR ou LUF

Ordonnances :

Le fichier est accompagné des ordonnances et des décomptes récapitulant les notes d'honoraires. Ils sont à présenter dans l'ordre des enregistrements du fichier informatique.

Relevé des notes d'honoraires :

Le relevé est présenté en double exemplaire, dont un est retourné au prestataire de soins lors de la liquidation et renseigne sur les redressements de factures.
Le relevé doit renseigner sur le numéro matricule, le nom et prénom de la personne protégée et le montant net par facture. L'inscription du numéro de la facture est facultative.

Remarques générales :

Les encadrements des zones 1) - 8) des mémoires d'honoraires sont tout à fait facultatifs. Ils ne servent qu'à documenter la délimitation des différentes inscriptions.

En cas d'application du système du tiers payant avec participation statutaire, la sage-femme doit établir deux factures. Il y a lieu de préciser qu'il ne pourra établir qu'une facture originale qui est destinée à l'union des caisses de maladie et que le patient recevra la copie.

L'enregistrement des actes se fait ligne par ligne.

En présence d'un même prestataire mais au cas où le nombre d'actes > 10 et en cas de changement de prestataire, il est nécessaire de faire un sous-total. Il s'ensuit que ces factures ne peuvent avoir une suite chronologique.

Dispositions transitoires :

Basculement en □ des fichiers de facturation :

Prestations dispensées avant le 1.1.2002 et facturées avant le 1.1.2002.

Les prestations facturées en □ seront converties en LUF pour le traitement informatique. Le paiement se fera en LUF.

Prestations dispensées avant le 1.1.2002 et facturées après le 1.1.2002.

Les prestations facturées en □ seront converties en LUF pour le traitement informatique. Le paiement se fera en □.

Prestations dispensées à partir du 1.1.2002 :

Tous les montants devront être en □ et le paiement se fera en □.

En foi de ce qui précède, les soussignés, dûment autorisés par leurs mandants, ont signé le présent cahier des charges.

Fait à Luxembourg, le 19 décembre 2001

Pour l'association luxembourgeoise des sages-femmes

La présidente,

(s.) **M. Welter**

Pour l'union des caisses de maladie

Le président,

(s.) **R. Kieffer**

Convention conclue entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des Caisses de Maladie portant institution d'un programme de vaccination contre l'hépatite B.

Vu l'article 17 du code des assurances sociales,

l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg, représenté par le ministre ayant dans ses attributions la Santé

et

l'Union des caisses de maladie,

considérant qu'il est dans l'intérêt des personnes protégées de l'assurance maladie de lutter contre la transmission de l'hépatite B et qu'à cet effet il convient d'instituer un programme de vaccination contre cette maladie,

conviennent ce qui suit:

TITRE I.- GENERALITES

Art. 1er. Il est réalisé un programme (appelé dans la suite: "le programme") de vaccination contre l'hépatite B (appelée dans la suite "la vaccination"), auprès d'une population cible des personnes protégées des caisses de maladie luxembourgeoises, résidentes au Grand-Duché de Luxembourg. La population cible comprend:

a) - les nourrissons

b) - les adolescents ayant atteint l'âge de 12 ans.

Conformément à l'article 20 du règlement 1408/71 CEE, le programme est applicable aux personnes protégées visées à l'alinéa précédent non résidentes, ce dans la mesure où les intéressés demandent d'y participer et où ils se font délivrer les prestations et fournitures au Grand-Duché de Luxembourg par les prestataires auxquels la présente convention s'applique.

Le programme a pour but

1. l'éradication de l'hépatite B dans la population.

2. la sensibilisation et l'information régulière et continue de la population assurée ainsi que de toutes autres personnes ou institutions oeuvrant dans le domaine de l'éducation et/ou de la santé, ce en vue de favoriser une participation active à ce programme.

Le programme prévoit l'évaluation de la couverture vaccinale auprès de la population cible, par un système d'enregistrement permanent.

Le programme prévoit en outre, l'évaluation statistique et épidémiologique de l'incidence et de la prévalence de l'hépatite B auprès de la population cible, comparée à celles enregistrées auprès de la population globale, et ceci pour la durée de déroulement du programme.

Art. 2. Les personnes protégées qui font partie de la population cible ont droit à la vaccination d'après les modalités prévues par le programme.

Le vaccin et les prestations médicales délivrées dans le cadre du programme sont fournis sans frais pour les personnes protégées comprises dans la population cible.

Toutefois la vaccination des nourrissons n'entre pas dans le cadre de ce programme. Cette vaccination sera faite à l'occasion des examens médicaux systématiques des enfants en bas âge, tels qu'ils sont prévus dans la législation sur la protection maternelle et infantile, ensemble avec les autres vaccinations proposées à titre systématique.

Art. 3. Une campagne de vaccination qui s'adresse aux personnes protégées visées à l'article premier sous b) est réalisée chaque année, visant la classe d'âge qui atteint la 12e année d'âge au cours de cette année.

TITRE II. - COMITE DE COORDINATION

Art. 4. Pour la gestion du programme il est constitué un comité de coordination.

Le secrétariat du comité est assuré par un fonctionnaire de la direction de la Santé.

Font partie de ce comité:

1. Un fonctionnaire de la Division de la Pharmacie et des Médicaments, de la Direction de la Santé.
2. Un fonctionnaire de la Division de l'Inspection Sanitaire, de la Direction de la Santé.
3. Un fonctionnaire de la Division de la Médecine Préventive et Sociale, de la Direction de la Santé, qui fera fonction de médecin responsable du programme.
4. Une coordinatrice ou un coordinateur du programme, ainsi qu'un suppléant.
5. Un médecin-spécialiste en pédiatrie, représentant le cercle des médecins pédiatres.
6. Un médecin omnipraticien, représentant le cercle des médecins omnipraticiens.
7. Un représentant de l'AMMD.
8. Un représentant du contrôle médical de la sécurité sociale.
9. Un délégué de l'Union des caisses de maladie représentant les assurés.
10. Un délégué de l'Union des caisses de maladie représentant les employeurs.

Le comité assure en son sein l'échange d'informations et la concertation entre les intervenants dans le programme.

En outre le comité a pour mission:

1) d'assurer la coordination générale du programme et de proposer pour chaque campagne un plan prévisionnel des différentes opérations;
2) de publier annuellement un bilan accompagné de statistiques;
3) de déterminer le contenu des documents utilisés par les intervenants dans le cadre du programme;
4) de fixer les charges de chacune des parties contractantes dans le cadre de l'application de l'article 16 de la présente convention.

Lorsque la réalisation d'une des missions ci-dessus nécessite le concours simultané de plusieurs intervenants, le comité de coordination ne procède à son exécution qu'après concertation préalable avec tous les concernés.

Art. 5. Aux fins de réaliser le programme, le comité de coordination peut s'assurer, de la manière qui lui semble la plus appropriée, le soutien et la collaboration d'autres administrations gouvernementales ou d'associations de droit public ou privé, ces dernières légalement établies, oeuvrant dans le domaine de l'éducation ou de la santé, ou d'experts extérieurs.

Art. 6. Les dispositions des conventions prévues aux articles 61 et 74 du code des assurances sociales ainsi que les dispositions des statuts de l'union des caisses de maladie non contraires aux dispositions de la présente convention sont applicables.

Art. 7. Dans la présentation publique de sa participation au programme chacun des intervenants doit faire état d'une manière objective de la participation et des missions incombant à chacun des autres intervenants.

TITRE III.- DEROULEMENT DU PROGRAMME

Art. 8. Sans préjudice des missions confiées aux différents intervenants, définies plus amplement dans les nomenclatures des actes et services et dans les conventions prévues à l'article 61 et suivants du code des assurances sociales en ce qui concerne les prestations prises en charge par l'assurance maladie, le déroulement du programme se fait conformément aux stipulations ci-après.

Art. 9. Les personnes protégées faisant partie de la population cible sont invitées à participer au programme au moyen d'invitations personnalisées qui leur sont adressées au cours de l'année où se situe l'échéance de leur 12e anniversaire.

Outre une documentation explicite, rédigée dans une langue présumée connue des intéressés, destinée à informer sur la finalité du programme et les démarches à entreprendre, les intéressés reçoivent par voie postale les documents les attitrant à recevoir gratuitement les vaccinations prévues.

Art. 10. La documentation visée à l'article précédent comprend notamment un carnet de trois bons-coupons garantissant la prise en charge par l'assurance maladie des prestations médicales en relation avec l'administration successive de trois doses de vaccin injectées dans les intervalles prévus.

L'intéressé qui, de préférence, aura averti au préalable le médecin de son choix, remet le carnet de bons-coupons à celui-ci au moment de la première injection.

Art. 11. Le médecin, après avoir procédé à l'injection d'une première dose de vaccin convient avec l'intéressé d'une nouvelle date pour la deuxième injection. Le délai entre la première et la deuxième injection ne doit pas dépasser sensiblement la durée d'un mois.

Lors de la deuxième injection, le médecin et l'intéressé conviennent d'une nouvelle date pour effectuer la troisième injection. Celle-ci intervient dans un délai ne dépassant pas sensiblement six mois à compter de la première injection.

Art. 12. La personne protégée qui change de médecin, soit entre la première et la deuxième injection, soit entre la deuxième et la troisième injection et qui n'est pas restée en possession des bons-coupons pour les injections restant à effectuer, demande à l'union des caisses de maladie la communication de bons-coupons complémentaires garantissant la prise en charge de ces injections.

Art. 13. Le médecin, après chaque injection, renvoie le bon afférent dans la quinzaine à l'union des caisses de maladie par courrier à la poste. Avant son expédition le bon est complété par la date de l'injection et par la signature du médecin. Le médecin veille à l'inscription de chaque injection sur la carte de vaccinations qui lui est présentée par l'intéressé.

Le médecin auquel le malade aura remis lors de la première injection le carnet complet pour les trois injections prévues pour la vaccination conserve ce carnet et renvoie les bons-coupons y contenus au fur et à mesure des injections successivement réalisées.

TITRE IV.- FINANCEMENT DU PROGRAMME

Art. 14. Sans préjudice des aides, contributions bénévoles, subsides, dons ou autres prestations matérielles apportés au soutien d'un des intervenants, les charges financières résultant de la réalisation du programme sont supportées comme suit:

1) L'Etat grand-ducal prend en charge les frais résultant

- du vaccin délivré aux nourrissons,
- des cartes de vaccination mis à disposition des intéressés,
- de la distribution aux médecins du vaccin utilisé pour la population cible visée à l'article premier, sous a) et b),
- du matériel d'information non personnalisé,
- de l'information médiatique,
- de l'information des intervenants,
- de la gestion du programme au niveau du secrétariat et du fonctionnement du comité de coordination,
- de la gestion informatique des fichiers statistiques éventuellement constitués dans la mesure où il ne s'agit pas des fichiers gérés par un organisme de sécurité sociale.

2) L'union des caisses de maladie prend en charge les dépenses résultant

- du vaccin délivré aux personnes protégées visées à l'article premier, sous b),
- des examens médicaux en rapport avec le programme, réalisés lors de la séance au cours de laquelle les injections sont effectuées, définis par la nomenclature des actes et services des médecins,
- de la diffusion d'instructions et d'informations données aux agents des établissements de l'assurance maladie dans le cadre du programme,
- de l'impression des bons-coupons prévus par le programme, destinés au paiement des honoraires redus conformément aux nomenclatures et aux tarifs conventionnels,
- de l'envoi de la documentation personnalisée comprenant un carnet de trois bons-coupons à l'adresse des personnes protégées faisant partie de la population cible visée à l'article premier, sous b),
- de la gestion et de la mise-à-jour des fichiers informatiques nécessaires à l'envoi de la documentation personnalisée aux personnes protégées,
- du travail administratif relatif au versement des honoraires dus aux prestataires.

Art. 15. Les services de la direction de la Santé désignés à cet effet sont seuls compétents et responsables pour la commande et la distribution du vaccin aux médecins délivrant les services et prestations prévus par le programme.

Art. 16. Le vaccin dont il est question à l'article 14 sous 2) est pris en charge par l'union des caisses de maladie sur base du nombre de bons-coupons retournés à l'assurance maladie après la réalisation des vaccinations. Chaque dose est prise en charge d'après le coût moyen unitaire facturé pour la campagne dont il s'agit.

TITRE V.- LITIGES

Art. 17. En cas de litige opposant l'assurance maladie à des membres du corps médical sur l'exécution des dispositions réglant le déroulement du programme, la commission de surveillance instituée par l'article 72 du code des assurances sociales est compétente.

TITRE VI.- DISPOSITIONS ADDITIONNELLES

Art. 18. Outre les prestations et fournitures prévues par les dispositions qui précèdent, l'assurance maladie prend en charge suivant les modalités et conditions prévues par la nomenclature des actes, les honoraires des médecins pour la vaccination contre l'hépatite B des personnes non visées par le présent programme âgées entre douze et dix-huit

ans. Lorsque le vaccin à administrer dépasse la dose pédiatrique prévue par le présent programme, celui-ci est pris en charge au taux de cent pour cent par l'assurance maladie d'après les conditions et modalités prévues par la convention visée à l'article 61, sous 8) du code des assurances sociales.

TITRE VII.- DISPOSITIONS FINALES

Art. 19. La présente convention est conclue pour une durée indéterminée.

Les parties contractantes entendent cependant renégocier les modalités du programme dans la teneur lui conférée par la présente convention lorsque les statistiques épidémiologiques montrent que la population cible visée à l'article premier, sous a) aura atteint l'âge de l'adolescence et qu'une couverture vaccinale suffisante de la population intéressée aura été atteinte.

La présente convention peut être modifiée à tout instant d'un commun accord des parties.

Elle peut être dénoncée par une des parties par lettre recommandée à la poste avec un préavis d'un an.

Dans le mois de la dénonciation la partie qui dénonce doit engager les pourparlers en vue de la conclusion d'une nouvelle convention, ce afin de garantir la bonne fin des vaccinations en cours.

Art. 20. La présente convention entre en vigueur le 1 septembre 1996

Fait à Luxembourg, en deux exemplaires, le 9 juillet 1996.

Convention conclue entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des Caisses de Maladie portant institution d'un programme de vaccination contre la méningite à méningocoque C.

Vu l'article 17, alinéa 3 du Code des assurances sociales,

l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg, représenté par le ministre ayant dans ses attributions la santé et la sécurité sociale, Monsieur Carlo WAGNER,

et

l'Union des caisses de maladie, représentée par son président, Monsieur Robert KIEFFER,

considérant qu'il est dans l'intérêt des personnes protégées de l'assurance maladie de lutter contre la méningite à méningocoque C et qu'à cet effet il convient d'instituer un programme de vaccination contre cette maladie,

conviennent ce qui suit:

TITRE I.- GENERALITES

Art. 1er. Il est instauré un programme (appelé dans la suite: "le programme") de vaccination contre la méningite à méningocoque C, (appelée dans la suite "la vaccination"), auprès d'une population cible des personnes protégées des caisses de maladie luxembourgeoises, résidentes au Grand-Duché de Luxembourg.

La population cible comprend les personnes protégées par l'assurance maladie âgées au moment de la vaccination de plus de douze mois et de moins de 19 ans.

Conformément à l'article 20 du règlement (CEE) 1408/71, le programme est applicable aux personnes protégées visées à l'alinéa précédent, non résidentes au Luxembourg, ce dans la mesure où elles demandent d'y participer et où elles se font délivrer les prestations par les prestataires auxquels s'applique la convention visée à l'article 61, alinéa 1 sous 1) du Code des assurances sociales.

Art. 2. Le programme a pour but l'éradication de la méningite à méningocoque C dans la population protégée ainsi que la sensibilisation et l'information de la population cible en vue de favoriser une participation active à ce programme.

Art. 3. Les personnes protégées qui font partie de la population cible ont droit à la vaccination d'après les modalités prévues par les présentes dispositions.

Art. 4. Le vaccin délivré dans le cadre du programme est fourni sans frais pour les personnes protégées comprises dans la population cible, ce sans préjudice des dispositions prévues à l'article 14.

Les actes médicaux en rapport avec la vaccination sont pris en charge par l'assurance maladie d'après la nomenclature des actes et services médicaux aux taux statutaires de l'union des caisses de maladie.

Art. 5. Aux fins de réaliser le programme, les signataires de la présente convention peuvent s'assurer, de la manière qui leur semble la plus appropriée, le soutien et la collaboration d'autres administrations gouvernementales ou de personnes morales de droit public ou privé, ces dernières légalement établies, œuvrant dans le domaine de l'éducation ou de la santé ou d'experts externes.

Art. 6. Les dispositions des conventions prévues aux articles 61 et 74 du code des assurances sociales ainsi que les dispositions des statuts de l'union des caisses de maladie non contraires aux dispositions de la présente convention sont applicables.

Art. 7. Dans la présentation publique de sa participation au programme, chacun des intervenants doit faire état d'une manière objective de la participation et des missions incombant à chacun des autres intervenants.

TITRE II.- DEROULEMENT ET DUREE DU PROGRAMME

Art. 8. Sans préjudice des missions confiées aux différents intervenants, définies plus amplement dans les nomenclatures des actes et services et dans les conventions prévues à l'article 61 et suivants du code des assurances sociales en ce qui concerne les prestations prises en charge par l'assurance maladie, le déroulement du programme se fait conformément aux stipulations ci-après.

Art. 9. Les personnes protégées faisant partie de la population cible se font vacciner sur leur propre initiative ou sur celle des personnes sous l'autorité parentale desquelles elles sont placées. La vaccination peut être réalisée par tout médecin détenteur du vaccin fourni par la Direction de la Santé, autorisé à l'exercice de l'art de guérir.

Art. 10. Le programme commence à la date de la signature de la présente convention et finit le 31 décembre 2002.

TITRE III.- FINANCEMENT DU PROGRAMME

Art. 11. Les charges financières résultant de la réalisation du programme sont supportées comme suit:

1) L'Etat grand-ducal prend en charge les dépenses relatives
   a) à la moitié du coût du vaccin,
   b) aux cartes de vaccination mises à disposition des intéressés,
   c) au stockage et à la distribution aux médecins du vaccin utilisé pour la population cible,
   d) à l'information médiatique,
   e) à l'information des intervenants autres que ceux appartenant aux organismes de sécurité sociale.
2) L'Union des caisses de maladie prend en charge les dépenses relatives
   a) à la moitié du coût du vaccin,
   b) aux examens et actes médicaux en rapport avec la vaccination, définis par la nomenclature des actes et services des médecins et pris en charge d'après les dispositions statutaires de l'union des caisses de maladie,
   c) à la diffusion des instructions et des informations nécessaires aux agents des organismes de sécurité sociale dans le cadre du programme,
   d) à travers les caisses de maladie, au travail administratif occasionné pour le remboursement des honoraires médicaux et les remboursements visés à l'article 14

La part incombant respectivement à chacune des parties signataires de la présente convention au titre des points 1) sous a) et 2) sous a) est fixée à 1.140.000 Euros.

En cas de dépassement de ce montant, les parties s'engagent à entreprendre les démarches nécessaires aux fins de se voir allouer, dans le cadre des dispositions budgétaires leur applicables, les crédits nécessaires à l'apurement d'un solde restant éventuellement dû.

Un dépassement éventuel peut être préfinancé par l'union des caisses de maladie à charge de régulation subséquente.

Art. 12. Les services de la Direction de la Santé désignés à cet effet sont seuls compétents et responsables pour la commande, l'approvisionnement, le stockage et la distribution des doses vaccinales aux médecins délivrant les services et prestations prévus par le programme.

Art 13. La répartition du coût des doses vaccinales entre les parties signataires de la présente convention se fait sur base de factures et décomptes présentés par la Direction de la Santé.

Pour s'acquitter de sa part dans la prise en charge du vaccin, l'union des caisses de maladie peut intervenir directement dans le règlement des factures du fournisseur du vaccin. Ces factures sont présentées à l'union des caisses de maladie par l'intermédiaire de la Direction de la Santé.

TITRE IV.- DISPOSITIONS ADDITIONNELLES

Art. 14. Par dérogation aux articles 3, 4 et 10, les dépenses effectuées antérieurement au 1er octobre 2001 par des particuliers pour l'acquisition de doses vaccinales contre le méningocoque C, leur sont restituées à raison de 1090.- LUF (27,10 €) à condition qu'il puisse être démontré que la vaccination a été administrée à une personne protégée éligible visée à l'article 1er, alinéas 1 et 3, âgée de moins de 19 ans au moment de la vaccination et que les ayants droit puissent justifier d'une dépense à ce titre.

A cette fin peuvent être présentées aux caisses de maladie compétentes notamment les pièces suivantes :

• des ordonnances médicales invalidées par le pharmacien ayant délivré le vaccin,

• des tickets de caisse émis par des pharmaciens tenant officine ouverte au public,

• des certificats émis par le médecin traitant ayant administré le vaccin

• une copie de la carte de vaccination

Les pièces présentées doivent faire état de la nature du vaccin, du matricule complet de la personne vaccinée ainsi que de ses nom et prénom.

Les frais résultant du remboursement des vaccins dans le cadre du présent article sont imputés à charge des parties signataires conformément à l'article 11.

TITRE V.- DISPOSITIONS FINALES

Art 15. La présente convention peut être modifiée à tout instant d'un commun accord des parties.

Art. 16. La présente convention entre en vigueur au jour de sa signature.

Fait à Luxembourg, en deux exemplaires, le 26 septembre 2001.

Convention conclue entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des Caisses de Maladie portant institution d'un programme de vaccination de certaines personnes à risque contre la grippe.

Vu l'article 17 du Code des assurances sociales,

l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg, représenté par le ministre ayant dans ses attributions la Santé

et

l'Union des caisses de maladie,

considérant l'utilité d'instituer un programme de vaccination contre la grippe en faveur des personnes qui, en cas d'infection grippale, risquent une atteinte grave ou irréparable à leur santé,

conviennent ce qui suit:

TITRE I. - CHAMP D'APPLICATION ET DEROULEMENT DU PROGRAMME

Art. 1er. Il est institué un programme (appelé dans la suite "le programme") de vaccination contre la grippe, auprès des personnes protégées des caisses de maladie luxembourgeoises,

1° âgées de 65 ans et plus, ou

2° présentant, en raison de certaines maladies dont elles sont atteintes, des risques particuliers.

Art. 2. Le programme a pour but :

1. De prévenir l'infection grippale par une vaccination spécifique de la population cible, de minimiser ainsi les risques de complications et de réduire les facteurs de transmission de la maladie.

2. La sensibilisation et l'information de la population assurée ainsi que de toutes autres personnes ou institutions œuvrant dans le domaine de la santé, ce en vue de favoriser une participation active à ce programme.

3. L'évaluation statistique et épidémiologique des mesures prises.

Art. 3. Les personnes protégées visées à l'article premier sous 1°, ont droit pour la première fois aux prestations prévues par le présent programme au cours de la campagne vaccinale de l'année au cours de laquelle elles atteignent l'âge de soixante-cinq ans. Le droit aux prestations prévues par le programme est garanti sans limite d'âge pour les années de vie subséquentes.

La prise en charge du vaccin pour les personnes protégées âgées de moins de 65 ans, visées à l'article premier sous 2°, est garantie à la suite d'une ordonnance médicale attestant qu'elles relèvent d'un des cas suivants :

a) Personnes souffrant de maladies chroniques des poumons ou du cœur

b) Personnes souffrant de maladies chroniques rénales ou du métabolisme

c) Personnes dont les défenses naturelles de l'organisme sont diminuées

par une maladie ou par des traitements médicamenteux.

Art. 4. Les personnes protégées qui font partie de la population cible ont droit par année, en dehors de la prise en charge statutaire des examens et actes médicaux nécessaires à la prescription et à l'administration du vaccin, à la prise en charge, au taux de cent pour cent (100 %), du prix public d'une dose vaccinale. En cas de besoin, la prise en charge est portée à deux doses vaccinales pour les enfants de moins de 9 ans, tombant sous le coup de l'article précédent, alinéa deux.

Sans préjudice des stipulations de l'alinéa précédent, la prescription, l'administration et la prise en charge des prestations prévues par le présent programme se font d'après les dispositions des instruments suivants, normalement applicables dans le cadre de la législation et de la réglementation de l'assurance maladie :

- La nomenclature des actes et services médicaux
- La convention du 13 décembre 1993 conclue en exécution de l'article 61 du Code des assurances sociales entre l'association des médecins et médecins-dentistes et l'union des caisses de maladie
- La convention du 13 décembre 1993 conclue en exécution de l'article 61 du Code des assurances sociales entre le syndicat des pharmaciens luxembourgeois et l'union des caisses de maladie
- Les statuts de l'union des caisses de maladie tels qu'ils sont applicables au moment des prestations

Art. 5. Aux fins de réaliser et d'améliorer le programme, les parties signataires peuvent s'assurer, de la manière qui leur semble la plus appropriée, le soutien et la collaboration d'autres administrations gouvernementales ou d'associations de droit public ou privé, ces dernières légalement établies, œuvrant dans le domaine de la santé ou d'experts extérieurs.

Art. 6. Les dispositions des conventions prévues à l'article 61 du Code des assurances sociales ainsi que les dispositions des statuts de l'union des caisses de maladie non contraires aux dispositions de la présente convention sont applicables.

Art. 7. Dans la présentation publique de sa participation au programme chacun des intervenants doit faire état d'une manière objective de la participation et des missions incombant à chacun des autres intervenants.

TITRE II.- FINANCEMENT DU PROGRAMME

Art. 8. Sans préjudice des aides, contributions bénévoles, subsides, dons ou autres prestations matérielles apportés au soutien d'un des intervenants, les charges financières résultant de la réalisation du programme sont supportées comme suit:

1) L'Etat grand-ducal prend en charge les frais résultant :

- du matériel d'information non personnalisé,
- de l'information médiatique,
- de l'information des intervenants en ce qui concerne les faits médicaux

En outre l'Etat intervient dans le financement de la prise en charge du vaccin à raison d'un forfait de cinquante mille (50.000) EURO par an.

2) Sans préjudice de l'intervention de l'Etat visée au point 1) ci-devant, l'union des caisses de maladie prend en charge les dépenses résultant :

- du vaccin délivré en officine ouverte au public aux personnes protégées visées à l'article premier,
- conformément aux dispositions statutaires, des examens et actes médicaux en rapport avec la prescription et l'injection du vaccin, tels que ceux-ci sont définis par la nomenclature des actes et services des médecins,
- du travail administratif relatif au remboursement des honoraires et au paiement des fournisseurs,
- de l'information des intervenants en ce qui concerne le système de prise en charge.

Art. 9. L'Etat grand-ducal s'acquitte de sa participation forfaitaire visée à l'article précédent à la suite d'une déclaration de créance que lui soumet l'union des caisses de maladie au cours du premier trimestre suivant l'exercice auquel se rapporte la créance.

TITRE III.- DISPOSITIONS FINALES

Art. 10. La présente convention est conclue pour une durée indéterminée.

Elle peut être modifiée à tout instant d'un commun accord des parties.

Elle peut être dénoncée par une des parties par lettre recommandée à la poste avec un préavis d'un an.

Dans le mois de la dénonciation la partie qui dénonce doit engager les pourparlers en vue de la conclusion d'une nouvelle convention, ce afin de garantir la bonne fin des vaccinations éventuellement en cours.

Art 11. A partir de l'exercice 2002, l'intervention de l'Etat, visée par l'article 8, est portée à 75 000 Euro, ce sous réserve de l'allocation d'un crédit afférent dans le budget de l'Etat, pour l'attribution duquel le ministre de la santé déclare entreprendre les démarches nécessaires.

Art. 12. La présente convention entre en vigueur le 1er avril 2001.

Fait à Luxembourg, en deux exemplaires, le 28 mars 2001.

Convention conclue entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des Caisses de Maladie portant institution d'un programme permanent de dépistage précoce du cancer du sein par mammographie.

Vu l'article 17 du code des assurances sociales,

l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg, représenté par le ministre ayant dans ses attributions la Santé

et

l'Union des caisses de maladie,

considérant qu'il s'impose de reconduire sous le nouveau régime légal institué par la loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie l'actuel programme de dépistage précoce du cancer du sein par mammographie, fonctionnant depuis le premier mai 1992,

conviennent ce qui suit:

TITRE I. GENERALITES

Art. 1. Il est réalisé un programme permanent de dépistage précoce du cancer du sein par mammographie (appelé dans la suite: 'le programme') auprès d'une population cible des personnes protégées des caisses de maladie luxembourgeoises âgées entre 50 et 69 ans résidant au Grand-Duché de Luxembourg.

Conformément à l'article 20 du règlement 1408/71 CEE le programme est applicable aux personnes protégées non résidentes dans la mesure où les intéressées demandent d'y participer.

Le programme prévoit l'évaluation statistique et épidémiologique ainsi que le devenir des cas positifs diagnostiqués. A ces fins le ou les médecins traitants fourniront au médecin responsable du programme les données nécessaires concernant la mise au point diagnostique, la procédure thérapeutique, et l'évolution médicale de la patiente.

En outre le programme a pour but de sensibiliser et d'informer la population féminine concernée de manière régulière et continue en vue d'une participation active à ce programme.

Art. 2. Les personnes protégées qui font partie de la population cible ont droit gratuitement tous les deux ans aux examens mammographiques et à l'examen médical spécial à visée préventive, prévus par la nomenclature des actes médicaux.

Art. 3. Une campagne de dépistage précoce du cancer du sein par mammographie est réalisée chaque année et s'adresse aux personnes protégées par l'assurance maladie visée par le livre premier du code des assurances sociales faisant partie de la population cible.

Art. 4. Il est constitué un comité consultatif du programme permanent de dépistage précoce du cancer du sein par mammographie.

Ce comité consultatif réunit des experts pouvant agir en tant que consultants pour le centre de coordination prévu au paragraphe 15.

Il assure en son sein l'échange d'informations et la concertation entre tous les intervenants lors des différentes étapes des campagnes.

Art. 5. Le comité consultatif est composé de délégués des institutions, des établissements publics ou d'utilité publique, des administrations gouvernementales concernées, des associations de droit privé ainsi que des groupements professionnels intervenant dans le programme.

Outre le directeur de la santé, qui assume sa présidence, font partie du comité consultatif un délégué effectif et, en cas d'empêchement de celui-ci, un délégué-suppléant.

1. de l'Association des médecins et médecins-dentistes du Luxembourg
2. de l'Association des assistants techniques médicaux en radiologie
3. du Cercle des médecins généralistes luxembourgeois
4. du Collège médical
5. du Contrôle médical de la sécurité sociale
6. de la Division de la médecine préventive et sociale
7. de la Division de radioprotection de la santé

8. de l'Entente des hôpitaux luxembourgeois
9. de la Fondation luxembourgeoise contre le cancer
10. du Laboratoire national de santé (division de l'anatomie-pathologie-)
11. de la Société luxembourgeoise de gynécologie-obstétrique
12. de la Société luxembourgeoise de médecine interne
13. de la Société luxembourgeoise de radiologie
14. de l'Union des caisses de maladie représentant les assurés
15. de l'Union des caisses de maladie représentant les employeurs
16. de l'administration de l'Union des caisses de maladie

Les délégués visés sous 1. à 13. sont désignés par les associations ou chefs des administrations concernées. Les délégués sous 14. et 16. sont désignés par le conseil d'administration de l'union des caisses de maladie.

Le secrétariat du comité consultatif est assuré par un fonctionnaire de la Direction de la santé.

Le secrétariat diffuse un procès-verbal des réunions du comité consultatif. Les travaux du comité consultatif sont organisés d'après un règlement d'ordre intérieur arrêté par lui.

TITRE II. DEROULEMENT DU PROGRAMME

Art. 6. Sans préjudice des missions confiées aux différents intervenants et définies plus amplement dans des conventions à conclure conformément à l'article 61 et suivants du code des assurances sociales en ce qui concerne les prestations prises en charge par l'assurance maladie, le déroulement du programme se fait conformément aux stipulations ci-après.

Art. 7. Les personnes protégées faisant partie de la population cible sont invitées d'une part à participer au programme au moyen d'invitations personnalisées. D'autre part les intéressées sont sensibilisées au problème du dépistage précoce du cancer du sein par une campagne publicitaire.

Art. 8. La population cible est définie par la qualité de personne protégée dans l'une des caisses de maladie visées à l'article 51 du code des assurances sociales, par l'âge des intéressées au moment de la campagne, ainsi que par la résidence sur le territoire du Grand-Duché de Luxembourg.

Dans les limites des dispositions réglementaires portant autorisation pour la création et l'exploitation d'une banque de données pour le programme mammographie et pour l'utilisation du numéro d'identité des personnes physiques et morales dans le cadre du programme, les gestionnaires et propriétaires respectifs opèrent l'échange de leurs données dans la mesure du possible par voie informatique.

Art. 9. Pour toute personne protégée participant au programme il est réalisé dans un centre de dépistage agréé, choisi par l'intéressée, un examen radiographique comportant deux incidences par sein.

Art. 10. Outre une documentation explicite, rédigée dans une langue présumée connue des intéressées, destinée à informer sur la procédure à suivre et les démarches à entreprendre, les intéressées reçoivent par voie postale les documents les attitrant à recevoir les examens radiologiques et l'examen médical spécial à visée préventive prévu par le programme.

Cette documentation comprend notamment un bon de prise en charge des prestations radiologiques par l'assurance maladie ainsi qu'une fiche de renseignement personnalisée.

Lors de l'examen radiologique la fiche de renseignements personnalisée est remise au médecin-spécialiste attitré auprès du centre de dépistage.

Cette fiche est conçue de façon à recevoir toutes les données utiles relatives à l'intéressée et notamment le résultat de la première lecture effectuée par le médecin-spécialiste du centre de dépistage.

Avant de remettre sa fiche de renseignement personnalisée, l'intéressée indique à l'endroit prévu à cet effet les nom, prénom et adresse du médecin traitant de son choix.

Art. 11. Après avoir procédé à une première lecture des clichés, le médecin chargé de la réalisation de la mammographie inscrit le résultat de cette lecture sur la fiche de renseignements.

Les clichés, les bons de prise en charge des prestations médicales de radiologie ainsi que les fiches de renseignements sont envoyés ensemble au centre de coordination après avoir été dûment complétés et signés respectivement par les médecins des centres de dépistage concernés.

Les médecins-spécialistes des centres réalisent la première lecture des mammographies dans un délai agencé de manière à permettre aux centres de dépistage l'envoi des clichés et du résultat dans les trois jours ouvrables de l'examen.

Chaque centre de dépistage demande les clichés réalisés antérieurement dans le cadre du programme afin de les soumettre au médecin radiologue pour comparaison.

Dans le cas où plusieurs médecins-radiologues font partie d'un même centre agréé ils désignent l'un d'entre eux qui est le correspondant attitré et qualifié du centre coordinateur en matière de gestion et d'assurance de qualité du programme de dépistage.

Dans les huit jours de leur réception, le centre de coordination remet les bons de prise en charge à l'union des caisses de maladie.

Art. 12. Le centre de coordination assure une deuxième lecture dans le délai de trois jours, à compter de la réception des clichés.

Une troisième lecture des clichés est réalisée en présence des lecteurs impliqués toutes les fois qu'il y a discordance entre la première et la deuxième lecture. Celle-ci est faite dans les meilleurs délais, conjointement par le premier et le deuxième lecteur, ce à une date fixée de commun accord par les lecteurs concernés.

En cas d'indisponibilité du deuxième lecteur, celui-ci est remplacé par un médecin-radiologue désigné par le comité consultatif, de préférence parmi les radiologues établis au Grand-Duché de Luxembourg.

Les opérations de lecture étant définitivement terminées, le centre de coordination envoie au médecin traitant le résultat définitif de l'examen radiologique.

En même temps une lettre est envoyée par le centre de coordination à la personne protégée, l'invitant à se présenter auprès de son médecin traitant pour un examen médical spécial à visée préventive ainsi que communication du résultat de l'examen radiologique.

Avec le résultat de l'examen radiologique le centre de coordination envoie dans les meilleurs délais au médecin traitant un bon destiné à honorer l'examen médical spécial à visée préventive.

Art. 13. En cas de résultat positif, celui-ci est communiqué au médecin traitant par lettre recommandée à la poste, avec les clichés et les rapports de la 1re, 2e et éventuellement de la 3e lecture.

Dans ce cas le médecin traitant assure l'information de l'intéressée sans retard par les moyens qu'il juge les plus appropriés. Lorsque ses efforts d'appeler l'intéressée en consultation dans un mois de la réception des résultats restent infructueux, le médecin traitant sera déchargé de l'obligation d'information après avoir donné communication de ces circonstances au centre de coordination par renvoi du dossier par courrier recommandé à la poste. Ce renvoi doit intervenir au plus tard au courant de la cinquième semaine de la réception des résultats.

Art. 14. Les cas dont le centre de coordination décide, de commun accord avec le médecin traitant, l'exclusion (cancers confirmés par exemple) pour les campagnes suivantes, sont relevés dans un fichier spécial et communiqués au moyen d'un numéro courant dépersonnalisé à cette fin au gestionnaire des fichiers de l'assurance maladie. Sur leur demande expresse les personnes concernées peuvent néanmoins bénéficier d'une continuation des invitations prévues à l'article 7 ainsi que, le cas échéant, des lectures supplémentaires des clichés prévues aux articles 11 et 12 et du suivi prévu à l'article précédent.

La date des invitations ultérieures est basée soit, si la femme n'a pas répondu à sa première invitation, sur le mois d'anniversaire, soit sur la date de la dernière mammographie réalisée dans le cadre du programme.

Les données nécessaires à l'exécution des modalités prévues ci-devant sont transmises tous les deux mois au service chargé de la gestion du fichier afférent de l'assurance maladie. Les gestionnaires réalisent une mise-à-jour de ce fichier en y ajoutant les personnes protégées ayant atteint durant l'année en cours l'âge de 50 ans, et en y ajoutant les modifications se rapportant aux changements de résidence, aux décès intervenus dans l'entre-temps et généralement à tous autres événements intéressant la bonne organisation du programme.

TITRE III. CENTRE DE COORDINATION

Art. 15. La Direction de la santé organise en son sein un centre de coordination et assure son fonctionnement et son financement.

Font partie de ce centre:

1. un médecin responsable du programme mammographie
2. une coordinatrice ou un coordinateur du programme ainsi qu'un suppléant
3. un radiologue chargé de la deuxième lecture, responsable de l'assurance de qualité
4. un physicien, responsable de l'assurance de qualité
5. un médecin radiologue représentant les radiologues
6. un médecin gynécologue représentant les gynécologues
7. un médecin généraliste

Les membres visés sous 1. à 4. sont désignés par le ministre ayant dans ses attributions la Santé. Les membres visés sous 5. et 6. sont désignés par l'association des médecins et médecins-dentistes.

Le centre de coordination a pour mission:

1) d'assurer la coordination générale du programme et de proposer pour chaque campagne un échéancier des différentes opérations;

2) d'assurer la formation continue du personnel technique chargé de la réalisation des radiographies de dépistage par mammographie, d'organiser à l'intention des intervenants des séances d'information concernant les objectifs, les modalités pratiques, l'évaluation d'un dépistage ainsi que la technologie et l'interprétation de mammographies de dépistage ainsi que des séances d'information concernant les résultats et l'évaluation de la campagne;

3) de proposer au ministre ayant dans ses attributions la santé l'agrément qui fera l'objet d'une révision périodique suivant les critères établis, des centres de dépistage participant au programme ainsi que les médecins-spécialistes chargés de la réalisation de la mammographie et de la première lecture des clichés. Ces critères sont repris dans les documents de référence ci-après et tels que ces documents seront éventuellement modifiés à l'avenir:

   • - European guidelines for quality assurance in mammography screening (Europe against cancer, june 96, 2nd edition), et

   • - Contrôle de qualité en mammographie, Manomed (Mastology Association of Northern Mediterranean, mars 1994).

   Ces critères sont à modifier suivant l'évolution des technologies en radiologie.

4) de soumettre à l'union des caisses de maladie dans les délais impartis les bons servant au paiement des honoraires des médecins-spécialistes des centres de dépistage;

5) d'assurer la deuxième et éventuellement la troisième lecture des clichés;

6) d'envoyer le résultat définitif des différentes lectures avec le bon de prise en charge aux médecins traitants indiqués par les intéressées;

7) d'inviter les intéressées ayant participé au programme de se présenter auprès de leur médecin traitant pour recevoir un examen médical spécial à visée préventive et une explication du résultat de l'examen radiologique;

8) de s'assurer du suivi du traitement des cas positifs diagnostiqués;

9) d'assurer le regroupement des données dépersonnalisées en vue de l'évaluation du programme et des résultats;

10) de publier après chaque vague un bilan accompagné de statistiques;

11) de déterminer le contenu des fiches de renseignement utilisées par les intervenants dans le cadre de chaque campagne;

12) d'organiser la collecte, la conservation et l'archivage des clichés;

13) de prendre les mesures nécessaires au renouvellement des examens au cas où la qualité des premiers clichés ne serait pas conforme;

14) de proposer au ministre ayant dans ses attributions la santé les critères à arrêter par celui-ci et que doivent respecter les intervenants dans le cadre du programme en matière d'assurance de qualité.

Lorsque la réalisation d'une des missions ci-dessus nécessite le concours simultané de plusieurs intervenants, le centre de coordination ne procède à son exécution qu'après concertation préalable avec tous les concernés.

Art. 16. Aux fins de réaliser le programme, le centre de coordination peut s'assurer, de la manière qui lui semble la plus appropriée, l'avis, le soutien et la collaboration d'autres administrations gouvernementales ou d'associations de droit public ou privé oeuvrant dans le domaine de la santé, ainsi que d'experts.

Art. 17. Peuvent être agréés au titre de participants au programme, lorsqu'ils sont admis à exercer leur art au Grand-Duché de Luxembourg:

- pour réaliser les mammographies dans les centres de dépistage agréés, les médecins-spécialistes en radiologie-radiodiagnostic ainsi que les médecins-spécialistes en gynécologie-obstétrique lorsqu'ils sont habilités à pratiquer des mammographies.
- à titre de médecin traitant à choisir librement par les personnes protégées participant au programme, les médecins omnipraticiens, les médecins-spécialistes en gynécologie-obstétrique et les médecins-spécialistes en médecine interne.

Les médecins visés au premier tiret disposant d'un agrément dans le cadre du programme de dépistage précoce doivent souscrire auprès du centre de coordination à un engagement de participation au programme.

Les dispositions des conventions prévues aux articles 61 et 74 du code des assurances sociales ainsi que les dispositions des statuts de l'union des caisses de maladie non contraires aux dispositions de la présente convention sont applicables.

Art. 18. Une liste des centres de dépistage agréés est jointe à l'information de chaque personne protégée contactée en vue d'une participation au programme.

Cette information contient en outre la recommandation donnée à la personne protégée de prendre auprès du centre de dépistage de son choix un rendez-vous en vue de l'examen radiologique ainsi que tous les conseils pratiques à ce sujet.

Art. 19. Pour les missions qu'il détermine, le centre de coordination peut recourir au soutien par des associations de droit privé oeuvrant dans le domaine de la santé ou d'autres administrations gouvernementales ou publiques, sans que toutefois il pourrait en résulter des engagements obligeant un des autres intervenants dans le programme.

Dans la présentation publique de sa participation au programme chacun des intervenants doit faire état d'une manière objective de la participation et des missions incombant à chacun des autres intervenants.

Art. 20. Sans préjudice des stipulations prévues au Titre IV, les soins de santé occasionnés par le traitement des affections détectées à la suite du programme incombent à l'assurance maladie.

TITRE IV. FINANCEMENT DU PROGRAMME

Art. 21. Sans préjudice des aides, contributions bénévoles, subsides, dons ou autres prestations matérielles apportés au soutien d'un des intervenants, les charges financières résultant de la réalisation du programme de dépistage précoce du cancer du sein par mammographie sont supportées comme suit:

1) L'Etat du Grand-Duché de Luxembourg prend en charge les frais résultant

- du matériel d'information non personnalisé;
- de l'information médiatique;
- de l'information des intervenants et de la formation du personnel technique;
- de la deuxième et troisième lecture des clichés;
- de la gestion du programme au niveau du secrétariat et du fonctionnement du centre de coordination;
- de l'impression des lettres d'information nominatives ainsi que des fiches de renseignement personnalisées;
- de la gestion informatique des fichiers constitués dans la mesure où il ne s'agit pas des fichiers gérés par la sécurité sociale;
- de l'audit externe.

2) L'union des caisses de maladie prend en charge les dépenses résultant

- de l'impression du bon-coupon destiné au paiement des actes radiologiques de mammographie redus conformément aux nomenclatures et tarifs conventionnels et de la fiche médicale;
- de l'envoi de la documentation personnalisée aux personnes protégées faisant partie de la population cible;
- des actes médicaux relatifs à la première lecture des clichés;
- des examens médicaux à visée préventive définis par la nomenclature des actes médicaux;
- de la réalisation des clichés à travers les budgets prévus à l'article 74 du code des assurances sociales;
- de la diffusion d'instructions et d'informations données aux agents des établissements de l'assurance maladie dans le cadre du programme;
- de la gestion et de la mise-à-jour des fichiers informatiques nécessaires à l'envoi de la documentation personnalisée aux personnes protégées;
- du travail administratif relatif au versement des honoraires et rétributions dus aux prestataires.

TITRE V. LITIGES

Art. 22. En cas de litige opposant l'assurance maladie à des membres du corps médical sur l'exécution des dispositions réglant le déroulement du programme, la commission de surveillance instituée par l'article 72 du code des assurances sociales est compétente.

TITRE VI. DISPOSITIONS FINALES

Art. 23. La présente convention est conclue pour une durée indéterminée. Elle peut être modifiée à tout instant d'un commun accord des parties. Elle peut être dénoncée par une des parties par lettre recommandée à la poste avec un préavis d'un an.

Dans le mois de la dénonciation la partie qui dénonce doit engager les pourparlers en vue de la conclusion d'une nouvelle convention, ce afin de garantir la pérennité du programme.

Art. 24. La présente convention remplace le descriptif du programme permanent de dépistage précoce du cancer du sein par mammographie du 17 mars 1992, référence "92/ mspm"

Art. 25. Pour la première campagne organisée sous le régime de la présente convention, la population cible comprend les personnes nées dans les années 1931, 1933, 1935, 1937, 1939, 1941, 1942, 1944 et 1946.

Art. 26. La présente convention entre en vigueur le premier du mois suivant sa signature.

Dispositions finales introduites par l'amendement à la convention conclue entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des caisses de maladie en matière de programme pour le dépistage précoce du cancer du sein par mammographie, signé en date du 10 janvier 2001

La campagne de l'année 2001, première campagne organisée sous le régime de l'extension de la population cible de 50 à 69 ans, comprend les personnes nées en 1932, 1933, 1934, 1936, 1938, 1940, 1943, 1945, 1947, 1949 et 1951.

Texte coordonné applicable à la présente publication.*

* Programme pour le dépistage précoce du cancer du sein par mammographie, entré en vigueur le 1er mai 1992

* amendement (art. 1er – art. 26) entré en vigueur le 1er août 1996

* amendement (art. 1er, art. 14, art. 15) entré en vigueur le 1er janvier 2001

Protocole d'accord signé entre l'Union des Caisses de Maladie et la Confédération luxembourgeoise des prestataires et ententes dans le domaine de la prévention, d'aide et de soins aux personnes dépendantes.

Signé en exécution de l'article 395 du Code des assurances sociales, conclu suite à la négociation menée entre

- L'Union des caisses de maladie agissant en sa qualité d'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance, d'une part
- et la Confédération luxembourgeoise des prestataires et ententes dans le domaine de la prévention, d'aide et de soins aux personnes dépendantes, agissant en sa qualité de groupement professionnel des établissements et des prestataires d'aides et de soins au sens des articles 389 et 390 du Code des assurances sociales, d'autre part.

Vu les articles 353, 359 et 395 du Code des assurances sociales,

Les parties soussignées représentées respectivement par

- M. Robert Kieffer, président de l'union des caisses de maladie

et

- Madame le Dr Carine FEDERSPIEL, présidente, et Monsieur Paul SCHMIT, membre du bureau exécutif de la Confédération luxembourgeoise des prestataires et ententes dans le domaine de la prévention, d'aide et de soins aux personnes dépendantes, déclarant posséder les qualités requises au titre de l'article 395, alinéa premier du Code des assurances sociales,

Ont convenu ce qui suit

Article 1er. Les valeurs monétaires prévues à l'article 395 du Code des Assurances sociales sont fixées pour l'exercice 2002 à 34,50 ¤ (trente quatre euros et cinquante cents) par heure pour les établissements au sens de l'article 389 du Code des assurances sociales et à 45,30 ¤ (quarante cinq euros et trente cents) par heure pour les réseaux d'aides et de soins au sens de l'article 390 du même code.

Article 2. Le présent accord est publié au Mémorial et prend effet à partir du 1er janvier 2002.

En foi de ce qui précède, les soussignés dûment autorisés par leurs mandants, ont signé le présent protocole d'accord.

Fait à Luxembourg, le 19 décembre 2001 en deux exemplaires.

Pour l'union des caisses de maladie	Pour la Confédération luxembourgeoise des prestataires et ententes dans le domaine de la prévention, d'aide et de soins aux personnes dépendantes	
Le président	*La présidente*	*Le membre du bureau exécutif*
R. Kieffer	**Dr C. Federspiel**	**P. Schmit**

Editeur: Service Central de Législation, 43, boulevard F.-D. Roosevelt, L-2450 Luxembourg

Imprimeur: Imprimerie de la Cour Victor Buck, s. à r. l. Leudelange