



Caisse nationale de santé - Statuts.

Par arrêté ministériel du 3 décembre 2018, les modifications au fichier B4, à la liste N° 6 prévue à l'article 106 des statuts ainsi qu'aux statuts de la Caisse nationale de santé, arrêtées par le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé en date du 14 novembre 2018, sont approuvées. Les modifications aux statuts de la Caisse nationale de santé entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2019 et les modifications au fichier B4 et à la liste N° 6 prévue à l'article 106 des statuts entrent en vigueur le 1^{er} février 2019.

Annexes

Suivent les fichiers annexés

**Modifications des statuts de la Caisse nationale de santé
Conseil d'administration du 14 novembre 2018**

Chapitre 8 au titre II des statuts : Médicaments délivrés à charge de l'assurance maladie vers le milieu ambulatoire

1° À la liste N° 6 prévue à l'article 106, médicaments soumis à une prise en charge conditionnelle, est ajouté le point suivant :

32.	<p>Les médicaments inclus dans le code L04AC03 (anakinra), utilisés dans le traitement de maladies inflammatoires à médiation immunitaire, conformément aux indications de l'autorisation de mise sur le marché.</p> <p>Le traitement doit être initié et surveillé par un médecin spécialiste ayant l'expérience du diagnostic et du traitement des pathologies dans lesquelles ces médicaments sont indiqués.</p>
-----	---

2° Les présentes modifications entrent en vigueur au 1^{er} février 2019.

Annexe

Fichier B4 : Modifications avec effet au 01.02.2019 - Conseil d'administration CNS du 14.11.2018

Numéro national	Nom commercial	Pièces	Largeur	Longueur	Poids	Volume	P référ.	Taux	Remb. max.
R55P									
					APPAREILS POUR INHALATION (APCM - 1/5ans)				
PARI GmbH									
5943002	PARI BOY SX	1			085G3001		162,90	100 %	162,90

**Modifications des statuts de la Caisse nationale de santé
Conseil d'administration du 14 novembre 2018**

Art. 1^{er}.

La première partie « Les Soins de santé » des statuts de la Caisse nationale de santé est modifiée comme suit :

1° À l'article 35, alinéa 3, les termes « ou en dehors d'un traitement hospitalier ambulatoire en place de surveillance » sont remplacés par les termes « ou admis dans un service hôpital de jour au sens de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ».

2° L'article 45, alinéa 2 prend la teneur suivante :

« La prise en charge des frais de déplacement des prestataires autres qu'infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique au domicile des personnes protégées est limitée au montant qu'aurait pu mettre en charge le prestataire de la même profession exerçant à plein temps dans le cadre de la convention qui lui est applicable, dont le lieu d'établissement est le plus proche de l'endroit où a lieu le traitement. »

3° À la suite de l'article 51 il est inséré une nouvelle section *1bis* intitulée « Section *1bis* - Soins de diététique » qui comprend les nouveaux articles 52 à *54bis*.

4° Le nouvel article 52 prend la teneur suivante :

Taux de prise en charge

« Art. 52.

Les actes et services inscrits dans la nomenclature des diététiciens sont pris en charge au taux de quatre-vingt-huit pour cent (88 %) des tarifs fixés conformément à l'article 66 du Code de la sécurité sociale, applicables au moment de leur délivrance, pour autant que ces actes soient prescrits à une personne protégée qui présente au moins une des pathologies prévues à l'annexe E des présents statuts.

Par dérogation le taux de prise en charge est de cent pour cent (100 %) lorsque la personne protégée n'a pas atteint l'âge de 18 ans accomplis à la date d'établissement de l'ordonnance.

La participation personnelle restant éventuellement à charge de la personne protégée pour les actes de diététique délivrés dans un hôpital visé à l'article 75 du Code de la sécurité sociale par un prestataire salarié de l'hôpital lui est mise en compte par l'hôpital conformément aux dispositions prévues dans la convention conclue entre la Caisse nationale de santé et le groupement représentatif des hôpitaux luxembourgeois. »

5° Le nouvel article 53 prend la teneur suivante :

« Restrictions à la prise en charge

Art. 53.

Sous peine d'inopposabilité à l'assurance maladie des actes délivrés en dehors du milieu hospitalier stationnaire par les diététiciens, l'ordonnance médicale afférente doit être validée auprès de la Caisse nationale de santé. Cette validation doit être demandée dans le délai de quatre-vingt-dix (90) jours de l'émission de l'ordonnance médicale. Par cette validation la personne protégée obtient un titre de prise en charge qui garantit la prise en charge des prestations aux conditions statutaires.

La validation peut être demandée par le diététicien conformément aux conditions et modalités prévues dans la convention conclue entre la Caisse nationale de santé et le groupement représentatif des diététiciens. Par dérogation à la phrase précédente la personne protégée peut faire valider l'ordonnance médicale auprès de la Caisse nationale de santé. Dans ce cas le remboursement de la part opposable à l'assurance maladie se fait sur avance des frais par la personne protégée conformément à l'article 20 des présents statuts.

L'émission d'un titre de prise en charge est refusée s'il appert que les conditions administratives ne sont pas remplies. »

6° Le nouvel article 54 prend la teneur suivante :

« Art. 54.

Pour être opposables à l'assurance maladie, les ordonnances médicales portant sur les actes des diététiciens, outre qu'elles doivent répondre aux conditions prévues à l'article 14 des présents statuts, doivent porter les indications suivantes données par le médecin prescripteur :

- Le code ou le libellé de la nomenclature des actes et services des diététiciens se rapportant aux actes prescrits,
- La ou les pathologies justifiant la prise en charge des prestations de diététique selon la codification prévue à l'annexe E des présents statuts,
- Le cas échéant, le nombre précis de consultations.

Les actes délivrés au-delà d'un délai maximal de douze mois (12) à partir de la date d'établissement de l'ordonnance portant prescription de la première consultation du traitement diététique initial respectivement de la prolongation du traitement diététique ne sont plus opposables à l'assurance maladie. »

7° Le nouvel article 54bis prend la teneur suivante :

« Limitations des prestations

Art. 54bis.

(1) L'assurance maladie ne prend en charge les actes et services prévus dans la nomenclature des actes et services des diététiciens que si les prestations sont prescrites dans le cadre d'un traitement diététique à une personne protégée souffrant d'au moins d'une des pathologies prévues à l'annexe E des présents statuts.

(2) L'assurance maladie ne prend en charge une prolongation d'un traitement diététique initial que si les conditions suivantes sont cumulativement remplies :

- a) l'assurance maladie ne prend en charge qu'une seule prolongation par traitement diététique initial,
- b) l'ordonnance portant prescription de la prolongation du traitement diététique initial est établie après la date de prestation de la dernière consultation de suivi dispensée sur base du titre de prise en charge établi dans le cadre du traitement diététique initial ou douze (12) mois au moins se sont écoulés à partir de la date d'établissement de l'ordonnance médicale portant prescription du traitement diététique initial,
- c) le traitement diététique initial a été suivi dans les trois (3) ans précédant la date de l'ordonnance portant prescription de la prolongation d'un traitement diététique. Le délai court à compter de la consultation diététique initiale délivrée dans le cadre du traitement diététique initial pour la pathologie respective.

(3) L'assurance maladie ne prend en charge qu'un seul traitement diététique initial et une prolongation du traitement diététique initial par pathologie tous les trois (3) ans. Le délai de trois (3) ans court à compter de la date de la consultation initiale délivrée dans le cadre du traitement diététique initial.

En cas de pluralité de pathologies ouvrant droit à la prise en charge par l'assurance maladie d'un traitement diététique, les traitements diététiques afférents ne peuvent pas être suivis parallèlement. Un titre de prise en charge pour une pathologie supplémentaire ne peut être obtenu que si le traitement diététique prévu sur base du titre de prise en charge en cours est délivré. »

8° Il est introduit un nouvel article 65 qui prend la teneur suivante :

« Limitations des prestations

Art. 65.

L'assurance maladie ne prend en charge que cinq (5) consultations correspondant au code S14 de la nomenclature des actes et services des sages-femmes par grossesse.

L'assurance maladie ne prend en charge le forfait correspondant au code S26 de la nomenclature des actes et services des sages-femmes que dans les situations limitativement énumérées ci-dessous :

- Pour les primipares,
- En cas de naissances multiples,
- En cas d'accouchement prématuré,
- En cas de césarienne,
- En cas de mort in utéro. »

9° L'intitulé du chapitre 6 du titre II de la première partie prend la teneur suivante :

« Chapitre 6. - Rééducation fonctionnelle et réadaptation, réadaptation psychiatrique, rééducation gériatrique et rééducation cardiaque, réhabilitation physique et post-oncologique »

10° L'intitulé de la section 1 du chapitre 6 prend la teneur suivante :

« Section 1. - Rééducation fonctionnelle et réadaptation, rééducation gériatrique et rééducation cardiaque, réhabilitation physique et post-oncologique »

11° L'article 82 est modifié comme suit :

a) Le premier alinéa prend la teneur suivante :

« Le traitement ambulatoire ou stationnaire ainsi que le séjour dans le Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation (CNRFR), dans un service de rééducation gériatrique ou cardiaque d'un hôpital ou dans les services nationaux de réhabilitation physique et de réhabilitation post-oncologique prévus à l'article 5 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière sont pris en charge suivant les modalités prévues à l'article 142 des présents statuts et par la convention visée à l'article 75 du Code de la sécurité sociale, sauf les exceptions prévues à la présente section. »

b) L'article 82 est complété in fine par 3 alinéas qui prennent la teneur suivante :

« Les traitements stationnaires dans le service national de réhabilitation physique sont pris en charge sur base d'une autorisation préalable de la CNS accordée sur base d'une demande préalable du médecin traitant conformément à la convention conclue entre la CNS et le corps médical. L'autorisation est accordée pour une durée maximale de trente (30) jours par cas par année de calendrier.

Les traitements stationnaires dans le service national de réhabilitation post-oncologique sont pris en charge sur base d'une autorisation préalable de la CNS. L'autorisation est accordée sur base d'une demande préalable du médecin traitant conformément à la convention conclue entre la CNS et le corps médical et à condition que

- 1° selon attestation du médecin traitant la personne protégée présente des limitations fonctionnelles, des comorbidités ou une altération de l'état général imputable au cancer ou résultant de la thérapie poursuivie,
- 2° l'état clinique de la personne protégée est stable,

3° la date de début de la réhabilitation sollicitée se situe dans le délai de trois (3) mois après la fin de la thérapie aigue pour un cancer.

L'autorisation prévue à l'alinéa précédent est accordée pour une durée maximale de (30) trente jours par cas par année de calendrier. »

12° À l'article 142, alinéa 3, les termes « en place de surveillance ou » sont supprimés.

13° À l'article 154*bis*, alinéa 2, la dernière phrase est modifiée comme suit :

« Sont prises en considération les participations prévues aux articles 35, 39 alinéa 1^{er}, 48, 52, 55, 59, 67, 78, 91*ter* alinéa 1^{er}, 101, 104, 114, 115 et 145. »

14° À l'article 164 la référence au règlement grand-ducal du 27 mai 1993 concernant les règles budgétaires applicables à l'assurance maladie-maternité est remplacée par la référence au règlement grand-ducal modifié du 19 décembre 2008 relatif à la comptabilité et aux budgets des institutions de sécurité sociale.

Art. 2.

Les annexes des statuts sont modifiées comme suit :

1° Il est introduit une nouvelle annexe E qui prend la teneur suivante :

« Annexe E - Liste prévue à la section 1*bis* du chapitre 3 du Titre II de la première partie des statuts

Les actes et services prévus dans la nomenclature des actes et services des diététiciens peuvent être pris en charge pour les pathologies suivantes, à indiquer sur l'ordonnance médicale : »

2° Le glossaire annexé aux statuts est supprimé.

Disposition additionnelle

Art. 3.

Dans tous les textes des présents statuts, la référence au « comité directeur » est remplacée par la référence au « conseil d'administration » .

Entrée en vigueur

Art. 4.

Les présentes dispositions statutaires entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

Annexe E - Liste prévue à la section 1bis du chapitre 3 du Titre II de la première partie des statuts

Les actes et services prévus dans la nomenclature des actes et services des diététiciens ne sont pris en charge que pour les pathologies suivantes :

D01	Hypertension artérielle
D02	Insuffisance rénale chronique avec une clearance à la créatinine < 30ml/min
D03	Maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI : maladie de Crohn et rectocolite hémorragique)
D04	Maladie cœliaque
D05	Intolérance alimentaire avérée au lactose
D06	Intolérance alimentaire avérée au fructose
D07	Mucoviscidose
D08	Obésité sévère adultes : BMI > 35
D09	Obésité adultes avec un BMI > 30 en association avec au moins l'un des critères suivants : <ul style="list-style-type: none">- diabète sucré avec HbA1c > 7 %- hypertension résistante au traitement et définie comme une pression sanguine supérieure à 140/90 mmHg, malgré un traitement pendant un an au moyen d'une prise simultanée de trois antihypertenseurs- syndrome d'apnée du sommeil objectivé via un examen polysomnographique réalisé dans un hôpital disposant d'un laboratoire de sommeil- type morphologique androïde (tour de taille dépassant 88 cm chez la femme et 102 cm chez l'homme)- antécédents cardiologiques (coronaropathie/ cardiomyopathie documentée)
D10	Obésité enfants et adolescents : à déterminer selon courbes de distribution de l'IMC en fonction de l'âge et du sexe
D11	Diabète type I
D12	Diabète type II
D13	Prédiabète (glycémie \geq 106 mg/dl)

