

PRESTATAIRES DE SOINS PALLIATIFS

Règlement grand-ducal du 22 novembre 2016 arrêtant la nomenclature des actes et services en matière de soins palliatifs pris en charge par l'assurance maladie

Prise en charge de l'acte

Art. 1er.- Les actes et services prestés dans le domaine des soins palliatifs et qui sont dispensés par les prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, sous 12) du Code de la sécurité sociale ne peuvent être pris en charge par une des institutions de sécurité sociale visées par le Code de la sécurité sociale que si cet acte ou service est inscrit au tableau annexé au présent règlement et qui en fait partie intégrante.

Les actes et services concernent exclusivement les personnes disposant d'un droit aux soins palliatifs obtenu en vertu des dispositions de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie.

Prise en charge forfaitaire

Art. 2.- Les actes et services dispensés sont pris en charge de façon forfaitaire.

Activités couvertes par les forfaits

Art. 3.- Les forfaits prévus à l'annexe couvrent tous les soins infirmiers à l'exclusion des actes essentiels de la vie pris en charge par l'assurance dépendance. Ils couvrent également les communications au sujet du bénéficiaire tout comme les communications avec le bénéficiaire, les activités administratives et de coordination assumées par le personnel soignant et les temps de permanence. Les forfaits comprennent aussi les actes et les services dispensés par les masseurs-kinésithérapeutes pour autant que ces actes et services relèvent de la nomenclature des actes et services des masseurs-kinésithérapeutes pris en charge par l'assurance maladie.

Le forfait applicable pour les patients palliatifs maintenus à domicile couvre également le temps de déplacement des prestataires. Dans le secteur stationnaire, le forfait applicable intègre les déplacements du personnel à l'intérieur de l'établissement.

Le forfait comprend les frais d'appareil et de l'installation, le coût de la stérilisation des instruments réutilisables, le matériel destiné à la protection et à l'hygiène ainsi que tout autre petit matériel.

Le forfait comprend également le perfuseur, la trousse à perfusion, les accessoires de perfusion, les seringues, les compresses, les aiguilles, les lancettes, les sets de pansements, les sets de sondage et tout dispositif nécessaire à l'accomplissement des soins prodigués.

Les médicaments et autres articles non visés par les alinéas ci-dessus sont délivrés sur prescription médicale individuelle.

Temps forfaitaires de prise en charge

Art. 4.- Le forfait prévu pour les personnes séjournant dans les établissements visés aux articles 390 et 391 du Code de la sécurité sociale correspond à un temps de prise en charge journalier moyen de 105 minutes, dont 90 minutes pour les soins infirmiers. Pour les soins palliatifs à domicile, le forfait correspond à un temps de prise en charge moyen journalier de 118 minutes, dont 103 minutes pour les soins infirmiers.

Qualifications requises pour la prise en charge

Art. 5.- Les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes exécutent les actes pris en charge en accord avec les règlements fixant les attributions de leur profession sur la base de la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé.

Equipement à prévoir dans le cadre de la prise en charge

Art. 6.- L'équipement dont se servent les infirmiers pour dispenser les prestations doit être approprié et suffire aux exigences posées par les données acquises par la science.

Tarif d'un acte

Art. 7.- Le tarif d'un forfait est obtenu en multipliant son coefficient par la valeur de la lettre-clé négociée pour chaque exercice par les parties signataires de la convention prévue à l'article 61, alinéa 2, sous 12) du Code de la sécurité sociale.

Le tarif d'un forfait est compté en euros à deux décimales près. Les fractions de cents sont arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq millièmes d'euros. Les fractions de cents sont arrondies vers le bas si elles sont strictement inférieures à cinq millièmes d'euros.

Suspension de la prise en charge

Art. 8.- Les forfaits sont dus pour chaque jour pour lequel existe un droit aux soins palliatifs. Les forfaits ne sont pas dus lorsque le patient séjourne dans un établissement hospitalier sauf le premier jour de l'hospitalisation. En cas de changement de prestataire, le forfait pour le jour auquel intervient le changement revient au nouveau prestataire.

Tableau des actes et services tel que prévu à l'article 1 du présent règlement grand-ducal	Tarifs
---	---------------

Annexe

**NOMENCLATURE DES PRESTATAIRES DE SOINS
PALLIATIFS**

(suivant article 61, alinéa 2, sous 12) du Code de la sécurité sociale)

PREMIERE PARTIE : FORFAITS

Chapitre 1 - Prise en charge stationnaire

- 1) Forfait journalier de prise en charge des patients en soins palliatifs séjournant dans les établissements d'aide et de soins visés respectivement aux articles 390 et 391 du Code de la sécurité sociale

Chapitre 2 - Prise en charge à domicile

- 1) Forfait journalier de prise en charge des patients en soins palliatifs maintenus à domicile

Valeur lettre-clé à indice 100: 15,74574				
Cote d'application:	794,54	814,40	834,76	
Valeur lettre-clé:	125,1062	128,2333	131,4391	
Valable à partir du:	01.01.2018			
<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif 1</u>	<u>Tarif 2</u>	<u>Tarif 3</u>
FSP1	1,00	125,11	128,23	131,44
FSP2	1,12	140,12	143,62	147,21

Modifications portées au règlement grand-ducal du 22 novembre 2016 arrêtant la nomenclature des actes et services en matière de soins palliatifs pris en charge par l'assurance maladie (Mémorial A – N°237 du 25.11.2016, p. 4378)