

## I. INTRODUCTION

L'objet de la présente note est de mettre à la disposition des prestataires les règles de tarification selon lesquelles la CNS détermine les plafonds qu'elle applique lors de la tarification des aides et soins (art. 38 de la Convention-cadre du 15 décembre 2017 signée entre la Caisse nationale de santé et la Fédération COPAS a.s.b.l.).

La période de facturation débute le jour d'entrée déclaré par le prestataire et se termine soit le jour de sortie déclaré par le prestataire soit le jour du décès de la personne dépendante.

La tarification des différents types de prestations en nature est basée sur la synthèse de prise en charge.

Les règles de tarification distinguent deux logiques de tarification :

- i) selon que les aides et soins sont facturés de façon forfaitaire
- ii) selon que les aides et soins sont facturés en fonction de la dispensation effective de ces aides et soins

### i) Facturation forfaitaire des aides et soins

Pour ces aides et soins la synthèse de prise en charge définit un forfait hebdomadaire. Pour les besoins de la facturation, ce forfait hebdomadaire est converti en un forfait journalier (correspondant à 1/7 du forfait hebdomadaire). Pour le versement complet du forfait hebdomadaire, le prestataire doit facturer 7 forfaits journaliers dans la semaine calendaire pour laquelle le forfait est dû.

Les aides et soins qui correspondent à cette logique forfaitaire sont les suivants :

- Actes essentiels de la vie
- Forfait pour fluctuations imprévisibles
- Forfait pour soins palliatifs
- Activités d'assistance à l'entretien du ménage
- Activités d'accompagnement en établissement
- Forfait pour décès avant évaluation

Illustration : Supposons que le forfait hebdomadaire prévu par la synthèse de prise en charge dans les domaines des actes essentiels de la vie, en vertu de l'article 353 du CSS, soit le forfait 5 correspondant à 840 minutes par semaine. Ce forfait est alors converti en un forfait journalier de 120 minutes. Pour toucher l'intégralité du forfait hebdomadaire repris à la synthèse de prise en charge, le prestataire devra facturer 7 forfaits journaliers :

Jour de la semaine	Acte (Code tarif)	Durée du forfait journalier	Tarif correspondant (2018)
Lundi	AEVF05	120 minutes	143,02 €
Mardi	AEVF05	120 minutes	143,02 €
Mercredi	AEVF05	120 minutes	143,02 €
Jeudi	AEVF05	120 minutes	143,02 €
Vendredi	AEVF05	120 minutes	143,02 €
Samedi	AEVF05	120 minutes	143,02 €
Dimanche	AEVF05	120 minutes	143,02 €

En supposant que toutes les autres conditions requises pour le remboursement de la facturation aient été respectées, le prestataire se voit alors rembourser les 7 forfaits journaliers pour actes essentiels de la vie, d'une valeur de 143,02 € chacun, demandés en remboursement.

## ii) Facturation des aides et soins effectivement prestés

Supposons qu'un prestataire effectue deux heures d'activités d'appui à l'indépendance. L'unité de facturation d'une telle prestation correspondant à une demi-heure (voir annexe 7 de la convention-cadre), le prestataire facturera dans ce cas quatre fois le tarif y relatif (4 x 30 minutes = 2 heures).

Les prestations qui répondent à une logique de facturation à l'acte sont les suivantes :

- Activités d'appui à l'indépendance
- Gardes individuelles et en groupe
- Gardes de nuit
- Formation à l'aidant
- Formation liée aux aides techniques

Pour les règles de facturation il est aussi renvoyé aux articles 51 à 60, ainsi qu'aux annexes 6 et 7 de la convention-cadre.

## II. RÈGLES DE TARIFICATION EN CAS DE MAINTIEN À DOMICILE

### a) Actes essentiels de la vie (AEV)

La prise en charge des actes essentiels de la vie, délivrés par les prestataires, régie par l'article 353 du Code de la sécurité sociale, est effectuée de manière forfaitaire, allant du forfait 0 au forfait 15. À chaque forfait correspond une durée hebdomadaire exprimée en minutes, que la personne dépendante se voit attribuer selon son niveau de besoins en aides et soins. Les quinze niveaux de besoins possibles sont définis par l'article 350 du CSS et correspondent à des intervalles de minutes d'aides et de soins requis par semaine.

Pour qu'un prestataire puisse prétendre à un remboursement, il faut qu'il ait déclaré, au moyen du fichier des déclarations prévu à l'annexe 4 de la convention-cadre, au moins un passage auprès de la personne dépendante au cours de la semaine, pendant lequel il a exécuté un AEV. Dans ce cas, le prestataire se voit attribuer un forfait journalier qui correspond à 1/7 du forfait hebdomadaire pour tous les jours de la semaine éligibles. La prise en charge des forfaits journaliers étant limitée à 7 par semaine. Le document reprend ci-dessous les événements qui peuvent impacter le nombre de forfaits journaliers facturables.

### Événements susceptibles d'impacter la prise en charge des AEV :

- Changement du prestataire principal : Les jours d'entrée et de sortie, les forfaits journaliers sont dus au prestataire principal (qui est le seul habilité à facturer les prestations). Lors d'un changement du prestataire principal, il est tenu compte des dates d'entrée et de sortie déclarées par les deux prestataires, pour déterminer les périodes facturables par chacun d'entre eux. Les déclarations d'entrée et de sortie se font conformément aux dispositions reprises à l'annexe 4 de la convention-cadre et elles sont à comprendre « bornes incluses », c.-à-d. que chaque prestataire peut facturer le jour d'entrée ainsi que le jour de sortie. Il est à noter que pour une personne dépendante un seul forfait est payé par jour. Le jour de sortie d'un prestataire A doit ainsi obligatoirement précéder le jour d'entrée d'un prestataire B. Cependant un même prestataire peut déclarer une entrée et une sortie le même jour lorsqu'il n'intervient qu'une seule journée.
- Décès du bénéficiaire : Le jour du décès de l'assuré, le forfait journalier est dû au prestataire.
- Indisponibilité de l'aidant : Le prestataire est tenu d'informer la CNS au sujet de l'indisponibilité de l'aidant par une déclaration d'indisponibilité (cf. annexe 4 de la convention-cadre), qui peut-être soit temporaire soit définitive, dès lors que cette indisponibilité engendre une charge de travail supplémentaire pour le prestataire. Lors d'une indisponibilité temporaire, les prestations en espèces octroyées à l'assuré sont suspendues et le prestataire prend en charge l'intégralité des AEV requis. La synthèse de prise en charge transcrite en prestations en nature exclusivement est communiquée électroniquement au prestataire suite au traitement de la déclaration par l'organisme gestionnaire.

Le premier jour, ainsi que le dernier jour de l'indisponibilité de l'aidant, qui doit être communiquée par le prestataire à la CNS, les forfaits sont dus au prestataire. Toutefois, la facturation des forfaits journaliers dus au prestataire pour la période d'indisponibilité de l'aidant sera refusée tant que la déclaration de fin d'indisponibilité ne sera pas parvenue à la CNS. Lorsque celle-ci sera parvenue à la CNS, la facturation des prestations et des forfaits pour la période de facturation pourra reprendre. Dans le cas d'une indisponibilité définitive de l'aidant, le prestataire prend en charge tous les AEV à partir de la date début de l'indisponibilité. La facturation n'est pas suspendue. Pour la facturation la synthèse de prise en charge est transcrite en prestations en nature exclusivement. Ici aussi la synthèse de prise en charge transcrite en prestations en nature est communiquée électroniquement au prestataire suite au traitement de la déclaration par l'organisme gestionnaire.

- Hospitalisation de la personne dépendante (art. 369 du CSS) : La prise en charge des prestations en nature facturées par un prestataire n'est pas due pendant la durée d'un séjour hospitalier et ceci jusqu'à la veille du dernier jour du séjour hospitalier. Le premier jour de l'hospitalisation (date d'entrée à l'hôpital) le forfait journalier n'est pas dû au prestataire, cependant celui-ci a droit au forfait journalier pour le jour de sortie de l'hôpital de l'assuré.

#### *b) Fluctuations imprévisibles*

L'article 359 du CSS stipule que :

« Si à la suite d'une hospitalisation en milieu aigu de sept jours consécutifs au moins, la personne dépendante présente un besoin momentané d'assistance dépassant les aides et soins pour les actes essentiels de la vie prévus sur la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8, les forfaits visés aux articles 353, alinéa 2 et 357, alinéa 1 sont majorés de quarante-cinq minutes par semaine pendant huit semaines suivant la période d'hospitalisation, sans dépasser la prise en charge du forfait 15. »

Le forfait journalier facturable au titre du supplément hebdomadaire de 45 minutes précité est défini dans la liste des unités de facturation reprise à l'annexe 7 de la convention-cadre (code tarif = AEFMAJ).

Pour qu'il puisse être mis en compte pour un jour, il faut que le forfait journalier pour actes essentiels de la vie découlant de la synthèse de prise en charge soit également facturé pour le même jour.

Une personne dépendante pour laquelle la prise en charge des aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie correspond au forfait 15 au sens des articles 353 ou 357 du Code de la sécurité sociale, n'a pas le droit à la majoration du forfait précitée.

La période de 8 semaines débute le jour de sortie de l'hôpital. Le maximum de forfaits journaliers majorés est de 56 jours pour chaque période d'hospitalisation de 7 jours consécutifs. Pour la computation de ces 7 jours il est tenu compte des jours d'entrée et de sortie de l'hôpital.

#### **Événements susceptibles d'impacter la prise en charge du forfait pour fluctuations imprévisibles :**

- Changement du prestataire principal : Les jours d'entrée et de sortie, les forfaits journaliers sont dus au prestataire principal (qui est le seul habilité à facturer les prestations). Lors d'un changement du prestataire principal, il est tenu compte des dates d'entrée et de sortie déclarées par les deux prestataires, pour déterminer les périodes facturables par chacun d'entre eux. Les déclarations d'entrée et de sortie se font conformément aux dispositions reprises à l'annexe 4 de la convention-cadre et elles sont à comprendre « bornes incluses », c.-à-d. que chaque prestataire peut facturer le jour d'entrée ainsi que le jour de sortie. Il est à noter que pour une personne dépendante un seul forfait est payé par jour. Le jour de sortie d'un prestataire A doit ainsi obligatoirement précéder le jour d'entrée d'un prestataire B. Cependant un même prestataire peut déclarer une entrée et une sortie le même jour lorsqu'il n'intervient qu'une seule journée.
- Décès du bénéficiaire : Le jour du décès de l'assuré, le forfait journalier est dû au prestataire.

- Hospitalisation de la personne dépendante : Le premier jour de l'hospitalisation (date d'entrée à l'hôpital) le forfait journalier majoré AEVFMAJ n'est pas dû au prestataire. Le jour de sortie de la personne dépendante de l'hôpital le forfait journalier majoré AEVFMAJ est de nouveau dû au prestataire. Si au cours des huit semaines suivant le séjour hospitalier qui a ouvert le droit au forfait majoré AEVFMAJ, une nouvelle hospitalisation intervient, il faut distinguer entre deux cas de figure :
  - Si la nouvelle hospitalisation comporte sept jours consécutifs, le compteur des 8 semaines est de nouveau mis à zéro le jour de sortie de l'hôpital.
  - Si la nouvelle hospitalisation est inférieure à sept jours, les jours de cette hospitalisation ne sont pas comptés pour la détermination de la fin de la période des huit semaines de droit au forfait journalier majoré AEVFMAJ, à l'exception du jour de sortie de l'hôpital.

### *c) Forfait pour soins palliatifs*

Selon les termes de l'article 349, « le bénéfice des prestations du présent livre est encore ouvert si la personne protégée requiert des soins palliatifs ».

Selon l'article 350 (§10) du Code de la sécurité sociale, les aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie fournis par les prestataires visés aux articles 389 à 391 sont pris en charge suivant un forfait correspondant à sept cent quatre-vingt minutes de besoins en aides et soins par semaine.

Ce forfait (code tarif AEVFSP : voir annexe 7 de la convention-cadre) vient remplacer, le cas échéant, le forfait pour actes essentiels de la vie résultant de la synthèse de prise en charge. Le forfait majoré résultant d'une hospitalisation de 7 jours consécutifs n'est pas dû.

Le droit à la prise en charge des soins palliatifs entraîne aussi le droit à la prise en charge des prestations suivantes, dans les limites décrites dans la présente note pour chacune de ces prestations :

- Activités d'appui à l'indépendance
- Forfait pour activités d'assistance à l'entretien du ménage
- Activités de garde individuelle (majorée de 14 heures) et de garde en groupe
- Activités de formation

### **Événements susceptibles d'impacter la prise en charge du forfait pour soins palliatifs :**

- Changement du prestataire principal : Les jours d'entrée et de sortie, les forfaits journaliers sont dus au prestataire principal (qui est le seul habilité à facturer les prestations). Lors d'un changement du prestataire principal, il est tenu compte des dates d'entrée et de sortie déclarées par les deux prestataires, pour déterminer les périodes facturables par chacun d'entre eux. Les déclarations d'entrée et de sortie se font conformément aux dispositions reprises à l'annexe 4 de la convention-cadre et elles sont à comprendre « bornes incluses », c.-à-d. que chaque prestataire peut facturer le jour d'entrée ainsi que le jour de sortie. Il est à noter que pour une personne dépendante un seul forfait est payé par jour. Le jour de sortie d'un prestataire A doit ainsi obligatoirement précéder le jour d'entrée d'un prestataire B. Cependant un même prestataire peut déclarer une entrée et une sortie le même jour lorsqu'il n'intervient qu'une seule journée.
- Décès du bénéficiaire : Le jour du décès de l'assuré, le forfait journalier est dû au prestataire.
- Hospitalisation de la personne dépendante (art. 369 du CSS) : La prise en charge des prestations en nature facturées par un prestataire n'est pas due pendant la durée d'un séjour hospitalier et ceci jusqu'à la veille du dernier jour du séjour hospitalier. Le premier jour de l'hospitalisation (date d'entrée à l'hôpital) le forfait journalier n'est pas dû au prestataire, cependant celui-ci a droit au forfait journalier pour le jour de sortie de l'hôpital de l'assuré.

#### *d) Activités d'assistance à l'entretien du ménage*

Les activités d'assistance à l'entretien du ménage sont prises en charge de façon forfaitaire, le forfait correspondant à trois heures par semaine qui est dû de façon journalière. Un forfait journalier de 1/7 est dû au prestataire. Au niveau de la facturation il y a lieu d'utiliser le code tarif défini pour le forfait journalier correspondant (code tarif FAMDM : voir annexe 7 de la convention-cadre). En l'absence de tout évènement listé ci-après, le nombre maximal de forfaits journaliers FAMDM pour une semaine calendaire est de 7.

#### **Événements susceptibles d'impacter la prise en charge des activités d'assistance à l'entretien du ménage :**

- Changement du prestataire principal : Les jours d'entrée et de sortie, les forfaits journaliers sont dus au prestataire principal (qui est le seul habilité à facturer les prestations). Lors d'un changement du prestataire principal, il est tenu compte des dates d'entrée et de sortie déclarées par les deux prestataires, pour déterminer les périodes facturables par chacun d'entre eux. Les déclarations d'entrée et de sortie se font conformément aux dispositions reprises à l'annexe 4 de la convention-cadre et elles sont à comprendre « bornes incluses », c.-à-d. que chaque prestataire peut facturer le jour d'entrée ainsi que le jour de sortie. Il est à noter que pour une personne dépendante un seul forfait est payé par jour. Le jour de sortie d'un prestataire A doit ainsi obligatoirement précéder le jour d'entrée d'un prestataire B. Cependant un même prestataire peut déclarer une entrée et une sortie le même jour lorsqu'il n'intervient qu'une seule journée.
- Décès du bénéficiaire : Le jour du décès de l'assuré, le forfait journalier est dû au prestataire.
- Indisponibilité de l'aidant : Le prestataire est tenu d'informer la CNS au sujet de l'indisponibilité de l'aidant par une déclaration d'indisponibilité (cf. annexe 4 de la convention-cadre), qui peut-être soit temporaire soit définitive, dès lors que cette indisponibilité engendre une charge de travail supplémentaire pour le prestataire. Lors d'une indisponibilité temporaire, les prestations en espèces octroyées à l'assuré sont suspendues et le prestataire prend en charge l'intégralité des activités requises. La synthèse de prise en charge transcrite en prestations en nature exclusivement est communiquée électroniquement au prestataire suite au traitement de la déclaration par l'organisme gestionnaire. Le premier jour, ainsi que le dernier jour de l'indisponibilité de l'aidant, qui doit être communiquée par le prestataire à la CNS, les forfaits sont dus au prestataire. Toutefois, la facturation des forfaits journaliers dus au prestataire pour la période d'indisponibilité de l'aidant sera refusée tant que la déclaration de fin d'indisponibilité ne sera pas parvenue à la CNS. Lorsque celle-ci sera parvenue à la CNS, la facturation des prestations et des forfaits pour la période de facturation pourra reprendre. Dans le cas d'une indisponibilité définitive de l'aidant, le prestataire prend en charge tous les AEV et les activités d'assistance à l'entretien du ménage à partir de la date début de l'indisponibilité. La facturation n'est pas suspendue. Pour la facturation la synthèse de prise en charge est transcrite en prestations en nature exclusivement. Ici aussi la synthèse de prise en charge transcrite en prestations en nature est communiquée électroniquement au prestataire suite au traitement de la déclaration par l'organisme gestionnaire.
- Hospitalisation de la personne dépendante (art. 369 du CSS) : La prise en charge des prestations en nature facturées par un prestataire n'est pas due pendant la durée d'un séjour hospitalier et ceci jusqu'à la veille du dernier jour du séjour hospitalier. Le premier jour de l'hospitalisation (date d'entrée à l'hôpital) le forfait journalier n'est pas dû au prestataire, cependant celui-ci a droit au forfait journalier pour le jour de sortie de l'hôpital de l'assuré.

#### *e) Formation à l'aidant*

La formation destinée à l'aidant dans les domaines des actes essentiels de la vie peut être prise en charge à raison de maximum 6 heures par année calendaire. Ce maximum s'applique par aidant, ainsi si celui-ci vient à changer au cours de l'année calendaire, le compteur des heures de formation est remis à zéro. Les heures non-consommées à la fin de l'année calendaire sont perdues. Au début de chaque nouvelle année calendaire,

le nombre d'heures de formation est renouvelé. L'unité de facturation, ainsi que le code tarif se trouvent à l'annexe 7 de la convention-cadre.

**Événements susceptibles d'impacter la prise en charge de la formation à l'aidant :**

- Indisponibilité de l'aidant : Une formation à l'aidant ne peut avoir lieu à une date pour laquelle le prestataire avait déclaré une indisponibilité de l'aidant. Dans ce cas la prise en charge est refusée.
- Décès de l'aidant : Le jour du décès de l'aidant, la formation à l'aidant peut être facturée.
- Hospitalisation de l'aidant : En cas d'hospitalisation de l'aidant, la prestation n'est pas due pour la période d'hospitalisation à l'exception des jours d'entrée et de sortie.

*f) Formation liée aux aides techniques*

La formation destinée au bénéficiaire et à son aidant peut être prise en charge à raison d'un total de deux heures par année calendaire. Les heures non-consommées à la fin de l'année calendaire sont perdues. Au début de chaque nouvelle année calendaire, le nombre d'heures de formation est renouvelé. L'unité de facturation, ainsi que le code tarif se trouvent à l'annexe 7 de la convention-cadre.

**Événements susceptibles d'impacter la prise en charge de la formation liée aux aides techniques :**

- Hospitalisation de l'aidant et du bénéficiaire : En cas d'hospitalisation de l'aidant et du bénéficiaire, la prestation n'est pas due pour la période d'hospitalisation à l'exception des jours d'entrée et de sortie.

*g) Activités d'appui à l'indépendance et Activités de maintien à domicile : Gardes en groupe et gardes individuelles*

L'article 353 définit les limites d'intervention de l'assurance dépendance au niveau des activités d'appui à l'indépendance et des activités de garde (en groupe et individuelles). A noter que ces dernières ne sont prévues que pour les personnes prises en charge à domicile.

Les règles suivantes sont à observer :

- 1) Les activités d'appui à l'indépendance (AAI) sont prises en charge à hauteur de 5 heures prestées de façon individuelle. Ces activités peuvent être prestées en groupe à hauteur de maximum vingt heures par semaine (art.353 §1, dernier alinéa)
- 2) Les gardes individuelles sont prises en charge sept heures par semaine, et dans les cas d'une gravité exceptionnelle dûment constatée par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance (AEC) cette durée peut être portée à 14 heures, sans que la durée de la prise en charge des AAI et de l'activité de garde individuelle ne puisse dépasser quatorze heures par semaine (art.353 §2, alinéa 1)
- 3) L'activité de garde en groupe (GG) en centre semi-stationnaire est prise en charge pour une durée maximale de quarante heures par semaine, ce plafond étant réduit du nombre d'heures d'activités d'appui à l'indépendance prestées par semaine (art. 353 §2, alinéa 2).

**Règlement grand-ducal fixant les modalités de la détermination de la dépendance prévoit les standards suivants :**

- Pour les AAI :

AAI	Plafond hebdomadaire pour les AAI individuelles en heures	remarque
Standard 1	5	qui peut être presté en groupe (art. 353 §1, dernier alinéa) => 20 h

- Pour les activités de garde :

	GG = plafond hebdomadaire pour les gardes en groupe exprimé en heures	GI = plafond hebdomadaire pour les gardes individuelles exprimé en heures
Standard 1	40	
Standard 2		7
Standard 3		14

Lorsque l'AEC constatera un besoin d'aide pour l'une de ces activités elle appliquera nécessairement un des standards précités. A noter qu'un cumul de GG et GI n'est pas possible au niveau de la synthèse de prise en charge.

### **La convention cadre :**

#### *Principe de substitution*

La convention cadre (art.54) confère aux prestataires la possibilité de remplacer une garde individuelle par une garde en groupe, ou inversement.

#### *Prise en charge d'actes non prestés*

L'article 60 de la convention cadre dispose en outre que pour les activités AAI, gardes en groupe et gardes individuelles planifiées mais qui n'ont pas pu être dispensées et créant ainsi un coût d'opportunité pour le prestataire, la CNS est d'accord de prendre en charge les prestations en question dans les limites d'un seul jour par mois, à concurrence de huit heures au maximum pour le jour en question.

### **Définition des limites d'intervention (plafonds)**

Par convention on retiendra :

- i) Temps requis par semaine (TRS) = nombre d'heures de prestations auxquelles la personne a droit = temps maxima définis par la loi
- ii) Temps requis pondéré par semaine (TRPS1) = TRS \* coefficient d'encadrement (qui est égal à 0,25 pour les activités en groupe et égal à 1 pour les autres activités).

Les plafonds **hebdomadaires** (= limites dans lesquelles les prestations sont prises en charge par la CNS) dans la suite sont exprimés en durées (heures). Au niveau de la facturation les contrôles tiendront compte du nombre d'actes, sachant qu'à chaque acte est associé un temps.

Les unités de facturation sont déterminées à l'annexe 7 de la convention cadre :

Code acte AAli (AAI individuelle) : le nombre de 1 est associé à une durée de 30 minutes

Code acte AAIG (AAI groupe) : le nombre de 1 est associé à une durée de 30 minutes

Code acte AMDGI et AMDGIMAJ (garde individuelle et garde individuelle majorée) = le nombre de 1 est associé à une durée de 30 minutes

Code acte AMDGG (Garde en groupe) : le nombre de 1 est associé à une durée de 30 minutes

Les durées (TRPS1) pour les différents actes s'obtiennent de la façon suivante :

dAAli = nombre d'actes AAli x 30 minutes

dAAIG = nombre d'actes AAIG x 30 minutes x 0,25

dAMDGI = nombre d'actes AMDGI x 30 minutes

dAMDGG = nombre d'actes AMDGG x 30 minutes x 0,25

Les règles de tarification (détermination des plafonds de prise en charge pour les différentes activités) dépendent des standards retenus.

Les plafonds ne sont pas proratisés en fonction du nombre de jours que le prestataire a pris en charge la personne dépendante ; par exemple une hospitalisation de 3 jours ne vient pas réduire les plafonds définis par la synthèse de prise en charge.

Les règles de plafonds pour les activités de garde et les activités d'appui à l'indépendance reposent sur une logique de priorité, les plafonds pour les différentes activités sont établis de façon séquentielle.

**Règles pour les cas de figure suivants :**

**1) Standard 1 retenu pour les AAI, et standard 1 retenu pour les activités de garde (= garde en groupe = max 40 heures)**

Comme le plafond fixé pour les gardes en groupe est réduit du nombre d'heures d'activités d'appui à l'indépendance prestées par semaine, il y a lieu de déterminer en premier lieu les AAI à liquider. Celles-ci peuvent être prestées en individuel (AAI individuelle = AALi), en groupe (AAI en groupe = AALg), ou en combinant les deux. La norme concernant l'encadrement du groupe est fixée à 1:4 (RGD normes de dotation) et le coefficient d'encadrement (article 387 bis, alinéa 5 et article 395 § 3) est fixé à 0,25 pour les activités en groupe (AALg + gardes en groupe).

En raison de la possibilité de combiner les AAI individuelles et les AAI en groupe, il faut recourir à une unité commune pour définir le plafond : les AAI en groupe facturées seront considérées compte tenu du coefficient d'encadrement (0,25). Le plafond à appliquer au niveau de la facturation est fixé à 5 heures par semaine :

Heures facturées TRPS1	Règle	Plafond pour les AAI en heures selon la synthèse de prise en charge (TRPS1)	Heures AAI à liquider TRPS1
dAALi + dAALg	≤	5	AAIL

Le plafond pour les gardes en groupe retenu à la synthèse de prise en charge est exprimé en tenant compte du coefficient d'encadrement :

Plafond pour les gardes en groupe en heures selon la synthèse de prise en charge (exprimé en TRS)	Plafond exprimé en TRPS1
40 heures	10 (= 40*0,25)

Le plafond pour les gardes en groupe doit tenir compte des AAI à liquider (AAIL exprimées en TRPS1) :

Plafond pour les gardes en groupe défini pour la tarification exprimé en TRPS1
10 - AAIL

Or, comme la convention prévoit le principe de substitution pour les activités de garde (art. 54), le plafond repris dans le tableau ci-avant s'applique aussi pour les gardes individuelles :

Heures facturées TRPS1	Règle	Plafond pour les gardes en groupe + individuelles défini pour la tarification (exprimé en TRPS1)
dAMDGI + dAMDGG	≤	10 - AAIL

Pour chaque acte de garde individuelle ou de groupe (ligne de facturation) il faut donc prévoir le contrôle :

- 1) Durée cumulée des actes de garde individuelle et de groupe facturés (TRPS1) ≤ 10 heures TRPS1 – AAIL (TRPS1)

Selon les dispositions de la loi, les gardes individuelles + AAI ne peuvent dépasser 14 heures (TRPS1). Compte tenu du standard 1 retenu pour les gardes et les AAI, ce plafond ne peut pas être dépassé (10 h TRPS1).



**2) Standard 1 retenu pour les AAI, et standard 2 retenu pour les activités de garde (= garde individuelle = max 7 heures)**

En vertu du principe de substitution (art.54 de la convention) et comme la loi prévoit que le maximum possible pour les gardes en groupe s'élève à 40 heures, moins les AAI prestées, il y a lieu de commencer par tarifier les AAI facturées (comme dans le cas sous 1).

Le prestataire peut facturer au maximum 7 heures de garde individuelle. S'il remplace l'entièreté de la garde individuelle par une garde en groupe, il pourra facturer au maximum  $4 * 7$  heures de garde en groupe, sans que cette durée augmentée des AAI liquidées ne puisse dépasser 40 heures (10 heures en TRPS1).

En vertu du principe de substitution précité, le plafond pour les activités de garde, qu'elles soient individuelles ou en groupe, s'élève à 7 heures TRPS1. Pour les gardes en groupe, il faut en plus veiller à ce que les AAI + les gardes en groupe ne dépasse pas 40 heures TRS respectivement 10 heures TRPS1.

Pour chaque acte de garde individuelle ou de groupe (ligne de facturation) il faut donc prévoir le contrôle :

- 1) Durée cumulée des actes de garde individuelle et de groupe facturés (TRPS1)  $\leq 7$  heures TRPS1

Pour les gardes en groupe, il y a lieu de vérifier en outre la condition suivante :

- 2) Durée cumulée des gardes en groupe (TRPS1) facturées  $\leq 10$  heures TRPS1 – AAI liquidées TRPS1

**3) Standard 1 retenu pour les AAI, et standard 3 retenu pour les activités de garde (= garde individuelle = max 14 heures)**

Les logiques de contrôle sont les mêmes que pour le cas précédent, sauf que dans ce cas il faut prévoir un contrôle supplémentaire pour les gardes individuelles, dans la mesure où la somme des gardes individuelles + AAI ne doit pas dépasser 14 heures TRPS1.

Le principe de substitution conduit à un plafond de 14 h (TRPS1) pour les gardes individuelles et les gardes en groupe.

Pour chaque acte de garde individuelle ou de groupe (ligne de facturation) il faut donc prévoir le contrôle :

- 1) Durée cumulée des actes de garde individuelle et de groupe facturés (TRPS1)  $\leq 14$  heures TRPS1

Pour les gardes en groupe, il y a lieu de vérifier une seconde condition :

- 2) Durée cumulée des gardes en groupe (TRPS1) facturées  $\leq 10$  heures TRPS1 – AAI liquidées TRPS1

Pour les gardes individuelles, il y a lieu de procéder à un deuxième contrôle :

- 3) Durée cumulée des gardes individuelles (TRPS1) liquidées + AAIL (TRPS1)  $\leq 14$  h (TRPS1)

**4) Prise en charge des actes non prestés (article 60 de la convention)**

Les actes en question sont indiqués avec un suffixe R (annexe 6 de la convention cadre) dans la facture. Dans l'application des règles sous 1) – 3) ci-dessus, ils sont considérés comme des actes sans suffixe. Cependant, deux contrôles supplémentaires doivent être prévus pour les actes indiqués avec le suffixe R :

- i) Ils ne sont acceptés que pour un seul jour du mois. Cette règle s'applique au facturier.
- ii) Pour ce jour le maximum d'heures acceptées s'élève à  $8 = 2$  heures TRPS1.

Ceci implique comme contrôles supplémentaires (au niveau de la ligne de facturation) :

- 1) L'acte avec suffixe R est accepté pour la vérification des plafonds, si aucun acte avec suffixe R n'a été pris en charge pour un jour antérieur (dans le mois). Si c'est le cas tous les actes facturés pour ce jour avec suffixe R sont refusés.
- 2) La somme des actes avec suffixe R à liquider ne peut pas dépasser 2 heures TRPS1 par jour.

**5) Événements susceptibles d'impacter la prise en charge des activités d'appui à l'indépendance et des gardes individuelles et en groupe :**

- Décès du bénéficiaire : Le jour du décès de l'assuré, les prestations sont dues au prestataire.
- Hospitalisation du bénéficiaire : En cas d'hospitalisation du bénéficiaire, les prestations ne sont pas dues pour la période d'hospitalisation à l'exception des jours d'entrée et de sortie.

*h) Activités de garde de nuit*

Lorsqu'une personne dépendante bénéficie déjà d'une activité de garde individuelle ou en groupe de jour, elle peut demander la prise en charge d'une activité de garde individuelle à son domicile de nuit à concurrence de 10 nuits par année calendaire. À la fin de l'année calendaire, les nuits restantes sont perdues. Au début de chaque nouvelle année calendaire le solde des 10 nuits est renouvelé. L'unité de facturation, ainsi que le code tarif se trouvent à l'annexe 7 de la convention-cadre.

*i) Forfait décès avant évaluation*

En cas de décès de la personne protégée avant sa première évaluation, un forfait hebdomadaire de 780 minutes est pris en charge dans les domaines des actes essentiels de la vie. Le prestataire ayant effectué une déclaration d'entrée pour la personne en question et lui ayant délivré des AEV, peut facturer sur base d'un forfait journalier, correspondant à 1/7 du forfait hebdomadaire. Les règles applicables sont les mêmes que celles définies pour la tarification des AEV. Le forfait pour fluctuation imprévisible n'est pas dû.

### III. RÈGLES DE TARIFICATION EN CAS DE MAINTIEN EN MILIEU STATIONNAIRE

#### a) Actes essentiels de la vie

La prise en charge des actes essentiels de la vie délivrés par les prestataires, régie par l'article 357 du Code de la sécurité sociale, est effectuée de manière forfaitaire, allant du forfait 1 au forfait 15. À chaque forfait correspond une durée hebdomadaire exprimée en minutes, que la personne dépendante se voit attribuer selon son niveau de besoins en aides et soins. Les quinze niveaux de besoins possibles sont définis par l'article 350 du CSS et correspondent à des intervalles de minutes d'aides et de soins requis par semaine.

Pour qu'un prestataire puisse prétendre à un remboursement, il faut qu'il ait déclaré, au moyen du fichier des déclarations prévu à l'annexe 4 de la convention-cadre, au moins un passage auprès de la personne dépendante au cours de la semaine, pendant lequel il a exécuté un AEV. Dans ce cas, le prestataire se voit attribuer un forfait journalier qui correspond à 1/7 du forfait hebdomadaire pour tous les jours de la semaine éligibles. La prise en charge des forfaits journaliers étant limitée à 7 par semaine. Le document reprend ci-dessous les événements qui peuvent impacter le nombre de journées facturables.

#### Événements susceptibles d'impacter la prise en charge des AEV :

- Changement du prestataire principal : Les jours d'entrée et de sortie, les forfaits journaliers sont dus au prestataire principal (qui est le seul habilité à facturer les prestations). Lors d'un changement du prestataire principal, il est tenu compte des dates d'entrée et de sortie déclarées par les deux prestataires, pour déterminer les périodes facturables par chacun d'entre eux. Les déclarations d'entrée et de sortie se font conformément aux dispositions reprises à l'annexe 4 de la convention-cadre et elles sont à comprendre « bornes incluses », c.-à-d. que chaque prestataire peut facturer le jour d'entrée ainsi que le jour de sortie. Il est à noter que pour une personne dépendante un seul forfait est payé par jour. Le jour de sortie d'un prestataire A doit ainsi obligatoirement précéder le jour d'entrée d'un prestataire B. Cependant un même prestataire peut déclarer une entrée et une sortie le même jour lorsqu'il n'intervient qu'une seule journée.
- Décès du bénéficiaire : Le jour du décès de l'assuré, le forfait journalier est dû au prestataire.
- Hospitalisation de la personne dépendante (art. 369 du CSS) : La prise en charge des prestations en nature facturées par un prestataire n'est pas due pendant la durée d'un séjour hospitalier et ceci jusqu'à la veille du dernier jour du séjour hospitalier. Le premier jour de l'hospitalisation (date d'entrée à l'hôpital) le forfait journalier n'est pas dû au prestataire, cependant celui-ci a droit au forfait journalier pour le jour de sortie de l'hôpital de l'assuré.

#### b) Fluctuations imprévisibles

L'article 359 du CSS stipule que :

« Si à la suite d'une hospitalisation en milieu aigu de sept jours consécutifs au moins, la personne dépendante présente un besoin momentané d'assistance dépassant les aides et soins pour les actes essentiels de la vie prévus sur la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8, les forfaits visés aux articles 353, alinéa 2 et 357, alinéa 1 sont majorés de quarante-cinq minutes par semaine pendant huit semaines suivant la période d'hospitalisation, sans dépasser la prise en charge du forfait 15. »

Le forfait journalier facturable au titre du supplément hebdomadaire de 45 minutes précité est défini dans la liste des unités de facturation reprise à l'annexe 7 de la convention-cadre (code tarif = AEVFMJA).

Pour qu'il puisse être mis en compte pour un jour, il faut que le forfait journalier pour actes essentiels de la vie découlant de la synthèse de prise en charge soit également facturé pour le même jour.

Une personne dépendante pour laquelle la prise en charge des aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie correspond au forfait 15 au sens des articles 353 ou 357 du Code de la sécurité sociale, n'a pas le droit à la majoration du forfait précité.

La période de 8 semaines débute le jour de sortie de l'hôpital. Le maximum de forfaits journaliers majorés est de 56 jours pour chaque période d'hospitalisation de 7 jours consécutifs. Pour la computation de ces 7 jours il est tenu compte des jours d'entrée et de sortie à l'hôpital.

#### **Événements susceptibles d'impacter la prise en charge du forfait pour fluctuations imprévisibles :**

- Changement du prestataire principal : Les jours d'entrée et de sortie, les forfaits journaliers sont dus au prestataire principal (qui est le seul habilité à facturer les prestations). Lors d'un changement du prestataire principal, il est tenu compte des dates d'entrée et de sortie déclarées par les deux prestataires, pour déterminer les périodes facturables par chacun d'entre eux. Les déclarations d'entrée et de sortie se font conformément aux dispositions reprises à l'annexe 4 de la convention-cadre et elles sont à comprendre « bornes incluses », c.-à-d. que chaque prestataire peut facturer le jour d'entrée ainsi que le jour de sortie. Il est à noter que pour une personne dépendante un seul forfait est payé par jour. Le jour de sortie d'un prestataire A doit ainsi obligatoirement précéder le jour d'entrée d'un prestataire B. Cependant un même prestataire peut déclarer une entrée et une sortie le même jour lorsqu'il n'intervient qu'une seule journée.
- Décès du bénéficiaire : Le jour du décès de l'assuré, le forfait journalier est dû au prestataire.
- Hospitalisation de la personne dépendante : Le premier jour de l'hospitalisation (date d'entrée à l'hôpital) le forfait journalier majoré AEVFMAJ n'est pas dû au prestataire. Le jour de sortie de la personne dépendante de l'hôpital le forfait journalier majoré AEVFMAJ est de nouveau dû au prestataire. Si au cours des huit semaines suivant le séjour hospitalier qui a ouvert le droit au forfait majoré AEVFMAJ, une nouvelle hospitalisation intervient, il faut distinguer entre deux cas de figure :
  - Si la nouvelle hospitalisation comporte sept jours consécutifs, le compteur des 8 semaines est de nouveau mis à zéro le jour de sortie de l'hôpital.
  - Si la nouvelle hospitalisation est inférieure à sept jours, les jours de cette hospitalisation ne sont pas comptés pour la détermination de la fin de la période des huit semaines de droit au forfait journalier majoré AEVFMAJ, à l'exception du jour de sortie de l'hôpital.

#### *c) Forfait pour soins palliatifs*

Selon les termes de l'article 349, « le bénéfice des prestations du présent livre est encore ouvert si la personne protégée requiert des soins palliatifs ».

Selon l'article 350 (§10) du Code de la sécurité sociale, les aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie fournis par les prestataires visés aux articles 389 à 391 sont pris en charge suivant un forfait correspondant à sept cent quatre-vingt minutes de besoins en aides et soins.

Ce forfait (code tarif AEVFSP : cf. Annexe 7 de la convention-cadre) vient remplacer, le cas échéant, le forfait pour actes essentiels de la vie résultant de la synthèse de prise en charge. Le forfait majoré résultant d'une hospitalisation de 7 jours consécutifs n'est pas dû.

Le droit à la prise en charge des soins palliatifs entraîne aussi le droit à la prise en charge des prestations suivantes, dans les limites décrites dans la présente note pour chacune de ces prestations :

- Activités d'appui à l'indépendance
- Activités d'accompagnement en établissement

#### **Événements susceptibles d'impacter la prise en charge du forfait pour soins palliatifs :**

- Changement du prestataire principal : Les jours d'entrée et de sortie, les forfaits journaliers sont dus au prestataire principal (qui est le seul habilité à facturer les prestations). Lors d'un changement du prestataire principal, il est tenu compte des dates d'entrée et de sortie déclarées par les deux prestataires, pour déterminer les périodes facturables par chacun d'entre eux. Les déclarations d'entrée et de sortie se font conformément aux dispositions reprises à l'annexe 4 de la convention-

cadre et elles sont à comprendre « bornes incluses », c.-à-d. que chaque prestataire peut facturer le jour d'entrée ainsi que le jour de sortie. Il est à noter que pour une personne dépendante un seul forfait est payé par jour. Le jour de sortie d'un prestataire A doit ainsi obligatoirement précéder le jour d'entrée d'un prestataire B. Cependant un même prestataire peut déclarer une entrée et une sortie le même jour lorsqu'il n'intervient qu'une seule journée.

- Décès du bénéficiaire : Le jour du décès de l'assuré, le forfait journalier est dû au prestataire.
- Hospitalisation de la personne dépendante (art. 369 du CSS) : La prise en charge des prestations en nature facturées par un prestataire n'est pas due pendant la durée d'un séjour hospitalier et ceci jusqu'à la veille du dernier jour du séjour hospitalier. Le premier jour de l'hospitalisation (date d'entrée à l'hôpital) le forfait journalier n'est pas dû au prestataire, cependant celui-ci a droit au forfait journalier pour le jour de sortie de l'hôpital de l'assuré.

#### *d) Activités d'accompagnement en établissement (AAE)*

Les activités d'accompagnement en établissement sont prises en charge de manière forfaitaire à concurrence de quatre heures par semaine. Les AAE sont dues par jour à hauteur de 1/7 du forfait hebdomadaire.

#### **Événements susceptibles d'impacter la prise en charge des AAE :**

- Changement du prestataire principal : Les jours d'entrée et de sortie, les forfaits journaliers sont dus au prestataire principal (qui est le seul habilité à facturer les prestations). Lors d'un changement du prestataire principal, il est tenu compte des dates d'entrée et de sortie déclarées par les deux prestataires, pour déterminer les périodes facturables par chacun d'entre eux. Les déclarations d'entrée et de sortie se font conformément aux dispositions reprises à l'annexe 4 de la convention-cadre et elles sont à comprendre « bornes incluses », c.-à-d. que chaque prestataire peut facturer le jour d'entrée ainsi que le jour de sortie. Il est à noter que pour une personne dépendante un seul forfait est payé par jour. Le jour de sortie d'un prestataire A doit ainsi obligatoirement précéder le jour d'entrée d'un prestataire B. Cependant un même prestataire peut déclarer une entrée et une sortie le même jour lorsqu'il n'intervient qu'une seule journée.
- Décès du bénéficiaire : Le jour du décès de l'assuré, le forfait journalier est dû au prestataire.
- Hospitalisation de la personne dépendante (art. 369 du CSS) : La prise en charge des prestations en nature facturées par un prestataire n'est pas due pendant la durée d'un séjour hospitalier et ceci jusqu'à la veille du dernier jour du séjour hospitalier. Le premier jour de l'hospitalisation (date d'entrée à l'hôpital) le forfait journalier n'est pas dû au prestataire, cependant celui-ci a droit au forfait journalier pour le jour de sortie de l'hôpital de l'assuré.

#### *e) Forfait décès avant évaluation*

En cas de décès de la personne protégée avant sa première évaluation, un forfait hebdomadaire de 780 minutes est pris en charge dans les domaines des actes essentiels de la vie. Le prestataire ayant effectué une déclaration d'entrée pour la personne en question et lui ayant délivré des AEV, peut facturer sur base d'un forfait journalier, correspondant à 1/7 du forfait hebdomadaire. Les règles applicables sont les mêmes que celles définies pour la tarification des AEV. Le forfait pour fluctuation imprévisible n'est pas dû.

#### f) Activités d'appui à l'indépendance (AAI)

L'article 357 définit les limites d'intervention de l'assurance dépendance au niveau des activités d'appui à l'indépendance.

La règle suivante est à observer :

- 1) Les activités d'appui à l'indépendance (AAI) sont prises en charge à hauteur de 5 heures prestées de façon individuelle. Ces activités peuvent être prestées en groupe à hauteur de maximum vingt heures par semaine (art.357)

#### **Règlement grand-ducal fixant les modalités de la détermination de la dépendance prévoit :**

Plafond hebdomadaire pour les AAI individuelles en heures	Remarque
5	qui peut être presté en groupe (art. 353 §1, alinéa 3) => 20 h

#### **Définition des limites d'intervention (plafonds)**

Par convention on retiendra :

- i) Temps requis par semaine (TRS) = nombre d'heures de prestations auxquelles la personne a droit = temps maxima définis par la loi
- ii) Temps requis pondéré par semaine (TRPS1) = TRS \* coefficient d'encadrement (qui est égal à 0,25 pour les activités en groupe et égal à 1 pour les autres activités).

Les plafonds **hebdomadaires** (= limites dans lesquelles les prestations sont prises en charge par la CNS) dans la suite sont exprimés en durées (heures). Au niveau de la facturation les contrôles tiendront compte du nombre d'actes, sachant qu'à chaque acte est associé un temps.

Les unités de facturation sont déterminées à l'annexe 7 de la convention cadre :

Code acte AALi (AAI individuelle) : le nombre de 1 est associé à une durée de 30 minutes

Code acte AALg (AAI groupe) : le nombre de 1 est associé à une durée de 30 minutes

Les durées (TRPS1) pour les différents actes s'obtiennent de la façon suivante :

$dAALi = \text{nombre d'actes AALi} \times 30 \text{ minutes}$

$dAALg = \text{nombre d'actes AALg} \times 30 \text{ minutes} \times 0,25$

Les plafonds ne sont pas proratisés en fonction du nombre de jours que le prestataire a pris en charge la personne dépendante ; par exemple une hospitalisation de 3 jours ne vient pas réduire les plafonds définis par la synthèse de prise en charge.

Les AAI peuvent être prestées en individuel (AAI individuelle = AALi), en groupe (AAI en groupe = AALg), ou en combinant les deux. La norme concernant l'encadrement du groupe est fixée à 1:4 (RGD normes de dotation) et le coefficient d'encadrement (article 387 bis, alinéa 5 et article 395 § 3) est fixé à 0,25 pour les activités en groupe (AALg).

En raison de la possibilité de combiner les AAI individuelles et les AAI en groupe, il faut recourir à une unité commune pour définir le plafond : les AAI en groupe facturées seront considérées compte tenu du coefficient d'encadrement (0,25). Le plafond à appliquer au niveau de la facturation est fixé à 5 heures par semaine :

Heures facturées TRPS1	Règle	Plafond pour les AAI en heures selon la synthèse de prise en charge (TRPS1)
$dAALi + dAALg$	$\leq$	5

#### **Événements susceptibles d'impacter la prise en charge des activités d'appui à l'indépendance :**

- Décès du bénéficiaire : Le jour du décès de l'assuré, les prestations sont dues au prestataire.
- Hospitalisation du bénéficiaire : En cas d'hospitalisation du bénéficiaire, les prestations ne sont pas dues pour la période d'hospitalisation à l'exception des jours d'entrée et de sortie.

**Vous pouvez adresser vos questions d'ordre technique et informatique à l'adresse mail suivante :**  
**[ADReforme2017.cns@secu.lu](mailto:ADReforme2017.cns@secu.lu)**