



Réponse de Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale à la question parlementaire n° 8062 du 5 juin 2023 de l'honorable Députée Madame Nathalie Oberweis concernant la gestion des transferts à l'étranger par le Contrôle médical

1) Quels sont les critères à la base desquels les transferts à l'étranger sont accordés voire refusés?

Prime d'abord il faut préciser qu'il n'y a pas une procédure pour les transferts à l'étranger, mais plusieurs en fonction de la réglementation européenne, y compris directives, et nationales ainsi qu'en fonction des conventions internationales ou bilatérales.

Il en découle que les critères résultent des dispositions juridiques communautaires et nationales ainsi que de la jurisprudence des cours et tribunaux communautaires et nationales.

Sur base des arrêts de la Cour de justice de l'Union européenne, les juridictions sociales du Luxembourg répondent à la même question posée par l'honorable Députée de la manière suivante :

« En principe, l'exigence d'une autorisation préalable constitue pour les patients et les prestataires une entrave à la libre prestation de services. Toutefois, l'article 49 du Traité CE ne s'oppose pas à ce que le droit d'un patient à obtenir des soins [...] dans un autre Etat membre à la charge de la Caisse de sécurité sociale dont il relève soit soumis à une autorisation préalable lorsque celle-ci est justifiée par :

- a. Une raison impérieuse d'intérêt général tel qu'un risque d'atteinte grave à l'équilibre financier du système de sécurité sociale*
- b. Des raisons de santé publique, tel que le maintien pour des raisons de santé publique d'un service médical et hospitalier équilibré et accessible à tous dans la mesure où il peut contribuer à la réalisation d'un niveau élevé de protection de la santé*
- c. Le maintien d'une capacité de soin ou d'une compétence médicale sur le territoire national, essentielles pour la santé publique ou la survie de la population*
- d. L'objectif de garantir sur le territoire de l'État de résidence du patient une accessibilité suffisante et permanente à une gamme équilibrée de soins hospitaliers de qualité et d'assurer une maîtrise des coûts et d'éviter, dans la mesure du possible, tout gaspillage de ressources financières, techniques et humaines ».*

Par ailleurs, l'article 23, alinéa 1^{er} du Code de la sécurité sociale dispose que : *« Les prestations à charge de l'assurance maladie accordées à la suite des prescriptions et ordonnances médicales doivent correspondre au mieux à l'état de santé des assurés. Les prestations à charge de l'assurance maladie ne peuvent dépasser l'utile et le nécessaire et doivent être faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement et être conformes aux données acquises par la science et à la déontologie médicale. »*

2) Comment est-ce que ces critères sont mis en pratique pour arriver à une décision ?

Le médecin traitant du patient doit établir une demande d'autorisation de traitement à l'étranger, lorsqu'une telle autorisation préalable est requise. Cette demande doit contenir un certain nombre



d'éléments et doit être dûment motivée. En vertu des statuts de la Caisse nationale de santé (CNS), l'article 27 dispose que cette demande doit contenir au moins les éléments suivants :

1. *les données d'identification de la personne protégée (noms, adresse, numéro d'identification unique);*
2. *les données d'identification du médecin prescripteur;*
3. *la désignation précise du prestataire appelé à donner les soins à l'étranger;*
4. *le diagnostic précis moyennant codification CIM10 à 4 caractères ou une version plus récente;*
5. *la date de début de traitement avec l'indication de la durée prévisionnelle de traitement;*
6. *l'indication des équipements médicaux et appareils hautement spécialisés et coûteux auxquels il est prévu de faire recours lors du traitement de la personne protégée;*
7. *la nature du traitement;*
8. *la motivation exposant les faits et critères justifiant le traitement ;*
9. *le cas échéant, l'information que les prestations ne peuvent être dispensées à la personne protégée dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie. La motivation détaillera les antécédents médicaux du patient, l'évolution probable de sa maladie, le degré de sa douleur et de la nature de son handicap au moment de la demande [...] ».*

Sur base des informations figurant sur les demandes, la CNS et, dans les cas où l'intervention du Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS) est prévue par les lois, règlements et statuts, le CMSS analysent les demandes par rapport aux différents éléments qui sont requis d'après les dispositions en vigueur.

3) Quelle est le processus de prise de décision d'un transfert à l'étranger ? Qui prend les décisions? Est-ce que c'est une personne seule ou est-ce qu'il y a plusieurs instances ?

4) Si c'est une personne seule voire une instance seule, en l'occurrence le directeur du contrôle médical, n'estimez-vous pas qu'une décision si vitale pour un assuré/un patient devrait être prise en concertation avec d'autres personnes/instances par exemple le médecin traitant et/ou le collègue médical ?

Depuis décembre 2022, la procédure a été simplifiée et en principe seules les demandes de prise en charge des frais de soins à l'étranger dans le cadre de l'article 20 et 20bis du Code de la sécurité sont encore soumises pour avis au CMSS.

En effet, la procédure définie dans l'article 20 résulte de la mise en œuvre d'une directive relative aux soins de santé transfrontaliers (Loi du 1er juillet 2014 portant transposition de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers) et diffère partiellement de celle prévue au règlement européen 883/2004 (procédure « S2 »).

Celle de l'article 20bis est requise pour les pays qui ne rentrent pas dans le champ d'application du règlement 883/2004, de la directive sur les soins transfrontaliers ou d'une convention bilatérale.

Au sein du CMSS, il s'agit soit d'un médecin-conseil, soit d'un colloque de médecins-conseils qui avisent la demande de transfert à l'étranger.

En règle générale, les demandes de transfert à l'étranger ne sont pas traitées par une personne seule.

En ce qui concerne une éventuelle concertation avec le médecin traitant, l'article 421 du Code de la sécurité sociale est d'application.



Une concertation avec le Collège médical n'est pas prévue par la loi et le Collège médical n'a par ailleurs pas dans ses missions l'analyse médicale de dossiers d'assurés et ne peut donc pas s'immiscer dans les dossiers individuels soumis au CMSS ou une autre institution publique pour avis.

5) Monsieur le Ministre, est-ce que vous jugez que la pratique actuelle met suffisamment au centre de l'attention le bien-être de l'assuré/le patient ?

6) Monsieur le Ministre, estimez-vous qu'il faudrait revoir les critères pour un transfert à l'étranger voir le processus de prise de décision à la base d'un transfert à l'étranger ?

La procédure d'autorisation de traitement à l'étranger a justement été simplifiée fin 2022, comme expliqué plus haut, pour faciliter le traitement de ces demandes.

Pour le reste, il n'appartient pas à un ministre ou ministère de juger des faits médicaux à la base d'un avis médical du CMSS ou de toute autre institution publique, comme par exemple l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance pour ne citer que celle-ci.

7) Monsieur le Ministre, ne pensez-vous pas qu'une durée de 11 mois pour répondre à la demande d'un transfert est trop long – justement en pensant au bien-être du patient/de l'assuré? Ne faudrait-il pas un délai maximal pour la réponse ?

En vertu de l'article 28, paragraphe 11 des statuts de la CNS :

*« (11) La Caisse nationale de santé transmet la décision à la personne protégée dans un délai compatible avec le degré d'urgence et de disponibilité des soins envisagés et **au plus tard trois semaines après la date de réception de la demande complète**. Si la Caisse nationale de santé n'est pas en mesure de répondre à la demande dans ce délai, elle en informe la personne protégée et lui fait part des circonstances suspendant le délai de traitement de la demande. »*

La vérification de la durée effective du traitement de la demande qui a récemment fait l'objet d'une lettre ouverte et qui affirme un délai de réponse de 11 mois a révélé que cette affirmation est erronée. En effet, le dossier a été avisé endéans 3 jours par le CMSS.

8) Finalement, vu le nombre élevé et alarmant de plaintes reçues régulièrement par différentes instances concernant le fonctionnement, le traitement des patients ainsi que la gouvernance du CMSS, ne serait-il pas opportun de commander un audit externe pour détecter d'éventuels dysfonctionnements et proposer des solutions dans l'intérêt de toutes les parties concernées ?

Concernant le « nombre élevé et alarmant de plaintes » mentionné par l'honorable Député, il y a lieu de préciser que le CMSS effectue une multitude de contrôles et analyses médicales pour effectuer les missions lui conférées par le Code de la sécurité sociale.

Bien que toute « plainte » soit une de trop, les données disponibles peuvent pas confirmer qu'il y ait un nombre élevé un nombre alarmant de plaintes reçues par rapport au nombre impressionnant et toujours croissant de contrôles effectués.

En la matière, la question parlementaire n°7081 de l'honorable Député Monsieur Sven Clement apporte plus détails.



Alors que toutes les administrations et institutions de sécurité sociale s'efforcent d'optimiser ses procédures et leur fonctionnement interne, il y a lieu de rappeler qu'elles agissent dans le cadre des missions lui conférées par les lois et règlements.

En outre, la direction du CMSS a invité tant la Commission parlementaire du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale, ainsi que l'Ombudsman, entre autres, au sein du CMSS pour leur montrer le fonctionnement des services du CMSS et répondre à leurs questions.

Finalement, le ministre ne partage pas l'avis de l'honorable Député qu'un « audit externe pour détecter d'éventuels dysfonctionnements » d'une administration qui exerce les missions lui conférées par la loi soit « opportun ».

Luxembourg, le 12 juillet 2023

Le Ministre de la Sécurité sociale

(s.) Claude HAAGEN