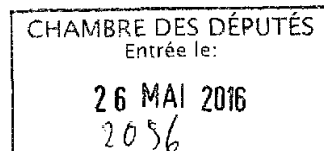




Monsieur Mars Di Bartolomeo
Président de la Chambre des
Députés

Luxembourg, le 26 mai 2016



Monsieur le Président,

Par la présente, j'ai l'honneur de vous informer que, conformément à l'article 80 du Règlement de la Chambre des Députés, je souhaiterais poser une question parlementaire à Monsieur le Ministre de la Sécurité Sociale au sujet d'une initiative récente du Président de la Caisse nationale de Santé (CNS).

Dans une lettre du 29 avril 2016 adressée aux chirurgiens du Grand-Duché intervenant sur l'appareil locomoteur, le président de la CNS demande la transmission de milliers de compte-rendus opératoires au Service Lutte Abus et Fraude de la CNS.

Cette demande risque poser problème au niveau de la protection des données et du secret médical. La question de la transparence des compétences se pose généralement et particulièrement partant du fait que le directeur du Contrôle Médical de la Sécurité Sociale a dans ses attributions le contrôle de documents médicaux sensibles

Au vu de ce qui précède, j'aimerais poser les questions suivantes à Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale :

- Qui est le commanditaire de cette demande et quelle en est la raison ? Existe-t-il des indices de fraude ?
- Pourquoi une telle demande n'émane-t-elle pas du Contrôle Médical de la Sécurité Sociale ?
- Qu'en est-il de la coopération entre la CNS et le Contrôle Médical de la Sécurité Sociale dans ce contexte ?

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma plus haute considération.

Jean-Marie Halsdorf
Député



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Sécurité sociale

Dossier suivi par : Karin Manderscheid
Tél. (+352) 247-86352

Monsieur le Ministre
aux Relations avec le Parlement
Service Central de la Législation
43, Boulevard Royal
L-2450 LUXEMBOURG

CHAMBRE DES DÉPUTÉS
Travaux

13 JUIN 2016

Luxembourg, le 10 juin 2016

Référence : B16x94702

Objet : Réponse à la question parlementaire n° 2096 de Monsieur le Député Jean-Marie Halsdorf datée du 26 mai 2016

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous faire parvenir en annexe ma réponse à la question parlementaire n° 2096 de Monsieur le Député Jean-Marie Halsdorf datée du 26 mai 2016 concernant une récente initiative du président de la Caisse nationale de santé.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Ministre de la Sécurité sociale,

Romain SCHNEIDER

Annexe(s) : Réponse à la question parlementaire n° 2096 de Monsieur le Député Jean-Marie Halsdorf datée du 26 mai 2016





Référence :804xca5ed

**Réponse du Ministre de la Sécurité sociale
à la question parlementaire n° 2096 de Monsieur le Député Jean-Marie
Halsdorf datée du 26 mai 2016**

ad 1) La Caisse nationale de santé (CNS) est commanditaire de la demande étant donné qu'il y avait des indices de non-respect des dispositions légales, réglementaires et conventionnelles suivantes : article 19 alinéa 3 du Code de la sécurité sociale, article 74 alinéa 1^{er} de la convention conclue entre l'AMMD et la CNS.

Cette action a débuté en août 2015, sans préjudice quant à la date exacte, sur base d'un signalement du service de la CNS qui est en charge de la liquidation des honoraires médicaux dans le cadre du tiers payant. Le signalement concernait la mise en compte par les médecins exerçant dans un établissement hospitalier donné d'un nombre anormalement élevé d'assistances opératoires (article 11 alinéa final de la nomenclature des actes et services médicaux).

Je tiens à faire remarquer que la question des assistances opératoires est un sujet qui est discuté depuis des années sous l'angle de l'utile et du nécessaire. La CNS a demandé au Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS) de procéder à la vérification des rapports opératoires correspondant aux actes en question (2K46, 2K52 et 2K63) afin de la renseigner sur la question de savoir si l'envergure des interventions pratiquées justifiait la présence de plusieurs assistants. Sur base d'une comparaison des prestations décrites au niveau des rapports opératoires fournis par les médecins concernés avec les prestations facturées aux assurés, le CMSS a constaté une inadéquation entre la facturation et les gestes et temps opératoires prestés en réalité et a conclu à une facturation par analogie, ce qui ne serait pas conforme à l'article 19 du Code de la sécurité sociale et 74 de la convention conclue entre l'AMMD et la CNS. Pour vérifier, d'une part, l'envergure de cette pratique non conforme et, d'autre part, éviter de se voir reprocher un traitement inégalitaire, alors que les conclusions ne visaient que les médecins exerçant dans un seul établissement hospitalier, la CNS a demandé l'assistance du CMSS pour la vérification, au moyen des rapports opératoires, de la facturation des 3 actes en question par les autres médecins.



ad 2 et 3) La collaboration entre le CMSS et la CNS se fonde sur l'article 419 alinéa 3 du Code de la sécurité sociale qui dispose comme suit : « Le Contrôle médical de la sécurité sociale assiste la Caisse nationale de santé dans le cadre du contrôle des mémoires d'honoraires et des prescriptions, des délivrances et des consommations des prestations en vue de détecter et de sanctionner les abus et les fraudes. »

L'article 54 de la convention conclue entre l'AMMD et l'UCM (actuellement la CNS) intitulé "Rapports médicaux" dispose comme suit : « Art. 54. A la demande du contrôle médical de la sécurité sociale et des institutions de sécurité sociale dans le cadre de leurs missions légales, le médecin leur transmet, sauf justification légitime, dans le délai de quinze jours les rapports et autres documents visés à l'article 21 du code des assurances sociales. (NB : l'article 21 du CAS est devenu l'actuel article 60 bis du Code de la sécurité sociale)

Si, malgré un rappel, le médecin ne transmet pas les documents conformément à l'alinéa ci-dessus, le paiement des honoraires lui redus dans le cadre du tiers payant peut être suspendu jusqu'à concurrence de deux cent cinquante euros (250 €). Ce montant est porté au double si le médecin ne donne pas suite à un deuxième rappel. »

L'article 60bis du Code de la sécurité sociale dispose en son alinéa 1^{er} que « (1) Tout prestataire de soins de santé visé à l'article 61, tout établissement hospitalier, tout réseau d'aides et de soins visé à l'article 389, tout établissement d'aides et de soins visé aux articles 390 et 391, dépositaire d'un dossier de soins ou d'éléments d'un tel dossier, de données médicales sous forme de rapports médicaux, de résultats d'analyses, de comptes rendus d'investigations diagnostiques, d'ordonnances ou de prescriptions, d'imagerie médicale ou de tout document ou effet intéressant l'état de santé ou le traitement thérapeutique d'un assuré, doit en donner communication, sur sa demande, au médecin référent, à tout médecin désigné par l'assuré et au Contrôle médical de la sécurité sociale. »

En pratique, la procédure se déroule comme suit : La CNS, en tant que donneur d'ordre, dresse un listing des prestations dont elle veut faire contrôler la conformité. Après concertation avec le CMSS sur le principe et le bien-fondé de cette action, la CNS adresse un courrier aux médecins en joignant le listing des matricules et des prestations pour lesquelles une justification est demandée sur base des données extraites. Ce courrier comprend indication que les dossiers sont à destination du CMSS et que les pièces médicales peuvent être fournies par le médecin sous pli fermé pour pouvoir être transmis, sous pli fermé, aux médecins du CMSS. Le personnel administratif de la CNS n'a pas accès aux pièces fournies, sous pli fermé, au CMSS.

Cette procédure ressemble à la procédure d'application pour les demandes d'autorisation de prise en charge de prestations. Dans ces cas, la CNS figure comme porte d'entrée dans le système, ce afin de permettre qu'avant la transmission du dossier au CMSS, la CNS procède au préalable à la vérification de données administratives (affiliation, conformité de la demande, délais etc.), ce afin de pouvoir, le cas échéant, refuser une demande s'il ressort d'emblée des données fournies qu'une ou plusieurs des conditions de prise en charge n'est pas remplie.



D'ailleurs cette démarche avait récemment été validée par le Collège médical en se fondant sur un secret partagé et une simplification administrative.

Par courrier du 13 mai 2016, le Collège médical a confirmé à l'égard de la société luxembourgeoise d'orthopédie et de traumatologie la légalité de la démarche de la CNS et du CMSS. D'ailleurs la CNS et le CMSS ont décidé d'adresser une lettre conjointe aux médecins concernés pour les rassurer par rapport au respect du secret médical.

Il convient toutefois de considérer qu'à partir du moment où le CMSS conclut à une facturation erronée ou fautive d'un ou de plusieurs médecins, il doit transmettre ses conclusions, contenant inévitablement des éléments médicaux, à la CNS pour que celle-ci puisse saisir la Commission de surveillance, ce pouvoir n'appartenant pas au CMSS dans le cadre de l'article 73 du Code de la sécurité sociale, à moins de se trouver dans le cas de figure des rapports d'activité.

Finalement je tiens encore à rappeler que les agents de la CNS sont des fonctionnaires et employés assermentés et soumis au secret professionnel en vertu de l'article 411 du Code de la sécurité sociale et de l'article 11 de la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires et que la CNS vient de se doter d'une politique rigide en matière de protection des données.