

**N° 6322<sup>3</sup>****CHAMBRE DES DEPUTES**

Session ordinaire 2011-2012

**PROJET DE LOI****modifiant l'article 24 du Code de la sécurité sociale**

\* \* \*

**AVIS DU CONSEIL D'ETAT**

(6.12.2011)

Par dépêche du 31 août 2011, le Premier Ministre, Ministre d'Etat, a soumis à l'avis du Conseil d'Etat le projet de loi sous rubrique, élaboré par le ministre de la Santé. Au texte du projet de loi étaient joints l'exposé des motifs, le commentaire de l'article, la fiche d'évaluation d'impact ainsi qu'une fiche financière.

L'avis commun de la Chambre de commerce et de la Chambre des métiers et l'avis de la Chambre des fonctionnaires et employés publics ont été communiqués au Conseil d'Etat par dépêche respectivement du 5 et 17 octobre 2011.

\*

Avec le projet de loi sous avis, les auteurs réagissent à la condamnation du Grand-Duché de Luxembourg par la Cour de justice de l'Union européenne par arrêt du 27 janvier 2011 (affaire C-490/09), qui a jugé qu'„en n'ayant pas prévu, dans le cadre de sa réglementation relative à la sécurité sociale, la possibilité de prise en charge des frais afférents aux analyses et aux examens de laboratoire, au sens de l'article 24 du Code de la sécurité sociale [dans sa version applicable jusqu'au 31/12/2010], effectués dans un autre Etat membre, au moyen d'un remboursement des frais avancés pour ces analyses et examens, mais en ayant prévu uniquement un système de prise en charge directe par les caisses de maladie, le Grand-Duché de Luxembourg a manqué aux obligations qui lui incombent en vertu de l'article 49 CE“. Dans son arrêt, la Cour précise „que les conditions d'octroi des prestations de sécurité sociale, pour la fixation desquelles les Etats membres sont compétents, tout comme ils le sont également s'agissant de la détermination de l'étendue de la couverture d'assurance garantie par la sécurité sociale, pour autant que ces conditions ne sont ni discriminatoires ni constitutives d'une entrave à la libre circulation des personnes, demeurent opposables en cas de soins fournis dans un Etat membre autre que celui d'affiliation.“ En prévoyant exclusivement une prise en charge par tiers payant pour certaines prestations, comme les analyses de laboratoire, la réglementation luxembourgeoise défavorise la quasi-totalité, voire la totalité, des prestataires établis dans des Etats membres autres que le Grand-Duché de Luxembourg, en décourageant, voire en empêchant les personnes affiliées à la sécurité sociale luxembourgeoise de s'adresser à de tels prestataires et constitue, tant pour celles-ci que pour les prestataires, un obstacle à la libre prestation des services.

La Cour a affirmé que l'objectif de maintenir un service médical et hospitalier équilibré et accessible à tous peut relever des dérogations pour des raisons de santé publique au titre de l'article 46 CE, dans la mesure où un tel objectif contribue à la réalisation d'un niveau élevé de protection de la santé et qu'il ne saurait être exclu qu'un risque d'atteinte grave à l'équilibre financier du système de sécurité sociale puisse constituer une raison impérieuse d'intérêt général susceptible de justifier une entrave au principe de la libre prestation des services.

Or, le système de santé luxembourgeois repose sur les principes du conventionnement obligatoire des prestataires et de la budgétisation des établissements hospitaliers. Ce système prend en compte des considérations de politique sociale en proposant des avantages identiques tant aux citoyens de condition modeste qu'à ceux qui disposent de revenus élevés, et ne peut être maintenu que si un grand nombre d'assurés sociaux y ont effectivement recours. Dans ce sens, le mécanisme de la prise en charge directe par les caisses de maladie peut être reconnu comme étant un moyen pour parvenir à ce résultat.

Le mécanisme de la prise en charge directe par les caisses de maladie, communément appelé régime de tiers payant, revêt de multiples avantages, tant pour les assurés que pour les prestataires. Pour les assurés, l'avantage est évident: ils ne doivent pas financer au préalable la facture du prestataire pour se faire rembourser dans un deuxième temps. Pour le prestataire, le tiers payant est bénéfique en termes de gestion de recouvrement, et est surtout un atout pour fidéliser les assurés, et ceci notamment en termes de compétitivité dans un contexte de développement de soins transfrontaliers. La Commission européenne a ainsi argumenté que le système de la prise en charge directe par les caisses de maladie joue en faveur des prestataires conventionnés, pour autant que les prestataires non conventionnés ne peuvent pas le proposer à leurs patients.

Pour le Conseil d'Etat, le tiers payant peut dès lors être considéré comme une opportunité plutôt que comme une obligation dans le cadre du conventionnement obligatoire de prestataires exerçant sur le territoire luxembourgeois, alors que le régime de remboursement de frais avancé par l'assuré devrait être établi comme règle générale, garantissant ainsi la libre prestation des services. Par ailleurs, le principe de la libre prestation de services devrait amener les caisses de maladie à prévoir dans l'avenir également une tarification permettant le remboursement d'actes qui ne sont pas prestés au Luxembourg, mais qui, en conformité avec l'article 23 du Code de la sécurité sociale, sont prestés dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement et sont conformes aux données acquises par la science et à la déontologie médicale.

Les auteurs proposent une reformulation de l'article 24 qui prévoit deux modes de prise en charge, le régime de remboursement de frais avancé par l'assuré et celui du tiers payant. Ils instaurent le système du tiers payant comme règle générale, mais seulement pour certaines prestations de soins, et prévoient en même temps des dérogations conventionnelles à ce régime général pour ces prestations, et à défaut de tiers payant le remboursement des frais avancés par l'assuré.

Selon les auteurs, le projet est à considérer comme ajout qui „ne fait que transposer de manière générale dans la loi ce qui se fait depuis longtemps en pratique, par exemple pour les assurés frontaliers qui achètent leurs médicaments ou suivent leurs séances de kinésithérapie à proximité de leur domicile dans les pays limitrophes et qui peuvent demander le remboursement des frais avancés pour ces prestations“.

Le Conseil d'Etat estime que l'article 24 tel que les auteurs proposent de le modifier risque de donner lieu à des interprétations divergentes. Si le tiers payant était une obligation à inscrire dans les conventions pour garantir la pérennité du système de santé luxembourgeois, la question se poserait pourquoi certaines prestations sont soumises à ce régime alors qu'il ne serait pas indispensable pour d'autres, et pourquoi il devrait être assorti de multiples exceptions. Eu égard à ses observations, le Conseil d'Etat propose de reformuler cet article de façon à prévoir explicitement pour toute prestation le régime de remboursement de frais avancé par l'assuré et de prévoir la possibilité du régime de tiers payant pour toute prestation de soins dans le cadre du conventionnement obligatoire, et de donner à l'article 24 le libellé suivant:

„**Art. 24.** Les prestations de soins de santé sont accordées sous forme de remboursement par la Caisse nationale de santé et les caisses de maladie aux personnes protégées qui ont fait l'avance des frais. Des dispositions conventionnelles peuvent prévoir les conditions et modalités d'une prise en charge directe d'actes, services et fournitures par la Caisse nationale de santé, le prestataire de soins n'ayant dans ce dernier cas d'action contre la personne protégée que pour la participation statutaire éventuelle de celle-ci.

La prise en charge directe est encore accordée en cas d'indigence de la personne protégée dûment documentée par une attestation établie par l'office social en charge, suivant les modalités déterminées par les dispositions statutaires et conventionnelles.

La Caisse nationale de santé envoie périodiquement à l'assuré un relevé des prestations lui fournies par voie de prise en charge directe.“

Ainsi délibéré en séance plénière, le 6 décembre 2011.

*Le Secrétaire général,*  
Marc BESCH

*Le Président,*  
Georges SCHROEDER