

**N° 6322<sup>4</sup>****CHAMBRE DES DEPUTES**

Session ordinaire 2011-2012

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

\* \* \*

**RAPPORT DE LA COMMISSION DE LA SANTE  
ET DE LA SECURITE SOCIALE**

(9.2.2012)

La Commission se compose de: Mme Lydia MUTSCH, Présidente-Rapportrice; Mme Sylvie ANDRICH-DUVAL, MM. Eugène BERGER, Félix BRAZ, Mmes Claudia DALL'AGNOL, Marie-Josée Frank, M. Lucien LUX, Mme Martine MERGEN, MM. Paul-Henri MEYERS, Marc SPAUTZ, Serge URBANY et Carlo WAGNER, Membres.

\*

**PROCEDURE LEGISLATIVE**

Le projet de loi 6322 modifiant l'article 24 du Code de la sécurité sociale a été déposé à la Chambre des Députés par M. le Ministre de la Sécurité sociale, Mars di Bartolomeo, en date du 30 août 2011.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers ont rendu leur avis commun en date du 12 septembre 2011.

Lors de sa réunion du 6 octobre 2011, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale a désigné sa présidente, Madame Lydia Mutsch, comme rapportrice du projet de loi. Lors de cette même réunion, la commission a entendu la présentation du projet de loi et elle a procédé à son examen.

L'avis de la Chambre des fonctionnaires et des employés publics date du 7 octobre 2011.

Dans sa réunion du 26 janvier 2012, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale a examiné l'avis du Conseil d'Etat émis le 6 décembre 2011.

Le présent rapport a été adopté lors de la réunion du 9 février 2012.

\*

**OBJET DU PROJET DE LOI**

Le présent projet de loi opère une modification de l'article 24 du Code de la sécurité sociale suite à une condamnation du Grand-Duché de Luxembourg par la Cour de justice de l'Union européenne en date du 27 janvier 2011.

En effet, le 30 novembre 2009, la Commission européenne a introduit devant la Cour de justice de l'Union européenne un recours en manquement contre le Grand-Duché de Luxembourg. Par son recours, la Commission a demandé à la Cour de constater que, en maintenant en vigueur l'article 24 du Code de la sécurité sociale luxembourgeois, qui exclut le remboursement des frais d'analyses de biologie médicale effectuées dans un autre Etat membre et ne prévoit la prise en charge de ces analyses que par la voie du tiers payant, le Grand-Duché de Luxembourg a manqué aux obligations qui lui incombent en vertu de l'article 49 du Traité CE.

Deux plaintes déposées auprès de la Commission sont à l'origine de cette affaire: dans le premier cas, le remboursement des analyses de laboratoire effectuées en Belgique avait été refusé par la Caisse de maladie des employés privés au motif que la législation du Luxembourg prévoyait la prise en charge

des analyses et examens de laboratoire par la voie du tiers payant et que la caisse de maladie n'était donc pas habilitée à procéder au remboursement en l'absence de tarification de la prestation. Dans le deuxième cas, le remboursement des analyses sanguines et par ultrasons effectuées en Allemagne avait été refusée par la même caisse au motif que seules les prestations prévues dans les statuts de l'Union des caisses de maladie pouvaient être remboursées par les caisses de maladie et que les prestations devaient être effectuées conformément aux dispositions des différents accords nationaux applicables. Dans ce deuxième cas, les conditions prévues pour le remboursement de ces analyses n'étaient pas remplies par le plaignant en raison des différences entre le système de santé luxembourgeois et allemand, les prélèvements ayant été directement effectués par le médecin du plaignant alors que la législation luxembourgeoise exigeait qu'ils soient réalisés dans un laboratoire séparé.

D'après la Commission, la réglementation luxembourgeoise a pour effet de décourager les assurés sociaux de s'adresser aux prestataires de services médicaux établis dans d'autres Etats membres et constitue, tant pour ces derniers que pour leurs patients, une entrave à la libre prestation des services.

Par arrêt du 27 janvier 2011 rendu dans cette affaire (C-490/09), le Grand-Duché de Luxembourg a été condamné par la Cour de justice européenne, 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*“ [principe de la libre prestation de services].

Compte tenu de la condamnation intervenue, il convient de modifier l'article 24 du Code de la sécurité sociale pour le rendre conforme au droit communautaire en y insérant un nouvel alinéa prévoyant de manière explicite, ceci afin de satisfaire aux exigences de la Cour, que dans l'hypothèse où le système de la prise en charge directe par la caisse de maladie ne peut pas s'appliquer, un remboursement des frais exposés peut être opéré.

Le dépôt d'un projet de loi portant sur la modification d'un seul article du Code de la sécurité sociale s'explique par le fait qu'il n'est pas prévu de déposer dans les délais requis un autre projet de loi en matière de sécurité sociale dans lequel on aurait pu insérer cette modification. Or, depuis l'entrée en vigueur du Traité de Lisbonne, si la Commission estime qu'un Etat membre n'a pas correctement exécuté un arrêt de la Cour, elle ne doit plus qu'accomplir une seule étape de procédure précontentieuse, à savoir l'envoi d'une lettre de mise en demeure invitant l'Etat membre à présenter ses observations. Ensuite, si la Commission n'est pas satisfaite des observations de l'Etat membre ou si celui-ci ne répond pas, elle peut directement saisir la Cour de justice de l'Union européenne au titre de l'article 260, paragraphe 2 et celle-ci pourra infliger une sanction pécuniaire en dépit d'une régularisation de la situation par l'Etat membre en cours de procédure. Par le dépôt du présent projet de loi, il s'agit de répondre au souci de la Commission de voir les Etats membres se mettre le plus rapidement possible en conformité avec les arrêts de la Cour et qui par lettre du 20 mai 2011, a demandé aux autorités luxembourgeoises de l'informer endéans un délai de deux mois des mesures adoptées dans ce dossier.

## AVIS DES CHAMBRES PROFESSIONNELLES ET DU CONSEIL D'ETAT

### 1) Avis commun de la Chambre de Commerce et de la Chambre des Métiers

Dans leur avis commun du 12 septembre 2011, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers approuvent la modification opérée par l'article unique qui „*a le mérite de conférer une assise juridique claire à une pratique administrative*“.

### 2) Avis de la Chambre des fonctionnaires et employés publics

Dans son avis émis le 7 octobre 2011, la Chambre des fonctionnaires et employés publics note qu'elle n'a pas de remarque particulière à formuler et marque son accord au projet de loi.

### 3) Avis du Conseil d'Etat

Dans son avis du 6 décembre 2011, le Conseil d'Etat estime qu'étant donné qu'il présente des avantages tant pour les assurés que pour les prestataires, le système du tiers payant peut être considéré comme une opportunité plutôt que comme une obligation dans le cadre du conventionnement obligatoire de prestataires exerçant sur le territoire luxembourgeois. La Haute Corporation considère que parallèlement le régime de remboursement de frais avancés par l'assuré devrait être établi comme règle générale afin de garantir ainsi la libre prestation de services. Dans cet ordre d'idées, et selon le Conseil d'Etat, il faudrait également prévoir „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“.

Le Conseil d'Etat est d'avis que l'article 24 tel que proposé dans le texte gouvernemental risque de donner lieu à des interprétations divergentes. Ainsi, dans un souci de sécurité juridique, le Conseil d'Etat propose de reformuler l'article 24 de façon à prévoir explicitement pour toute prestation le régime de remboursement de frais avancés par l'assuré et de prévoir la possibilité du régime de tiers payant pour toute prestation de soins dans le cadre du conventionnement obligatoire.

\*

## COMMENTAIRE DE L'ARTICLE UNIQUE

L'article 24 du Code de la sécurité sociale a été modifié récemment par la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé, juste avant qu'intervienne l'arrêt de la Cour de justice de l'Union européenne à l'origine du présent projet de loi. Cette modification avait pour objet d'adapter l'énumération des cas de tiers payant et d'ajouter deux nouveaux alinéas à l'article 24 visant à introduire le tiers payant social et à prévoir l'envoi par la Caisse nationale de santé d'un relevé périodique des prestations fournies dans le cadre du tiers payant à l'assuré afin de mieux l'informer et de le responsabiliser.

Il est proposé de préciser à la fin de l'énumération des actes, services et fournitures faisant en principe l'objet d'une prise en charge directe que lorsqu'une telle prise en charge directe ne peut se faire, l'assuré a toujours la possibilité de demander à la Caisse nationale de santé ou à sa caisse de maladie le remboursement des frais avancés pour de telles prestations. Cet ajout 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 relève que si le tiers payant était une obligation à inscrire dans les conventions pour garantir la pérennité du système de santé luxembourgeois, se poserait alors la question de savoir 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. En vue d'éviter toute insécurité juridique, la Haute Corporation propose de reformuler l'article 24 de la manière suivante:

*„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.“*

La commission se rallie à la proposition de texte du Conseil d'Etat.

\*

Compte tenu des considérations qui précèdent, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale recommande à la Chambre des Députés d'adopter le projet de loi dans la teneur qui suit:

\*

## **TEXTE PROPOSE PAR LA COMMISSION DE LA SANTE ET DE LA SECURITE SOCIALE**

### **PROJET DE LOI**

#### **modifiant l'article 24 du Code de la sécurité sociale**

**Article unique.** L'article 24 du Code de la sécurité sociale prend la teneur suivante:

*„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.“*

Luxembourg, le 9 février 2012

*La Présidente-Rapporteuse,*  
Lydia MUTSCH