



Avant-projet de loi modifiant l'article 24 du Code de la sécurité sociale

Nous Henri, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau,

Notre Conseil d'Etat entendu ;

De l'assentiment de la Chambre des députés ;

Vu la décision de la Chambre des députés du ... et celle du Conseil d'Etat du ... portant qu'il n'y a pas lieu à second vote ;

Avons ordonné et ordonnons :

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, soit 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, soit sous forme de prise en charge directe 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. A défaut de disposition conventionnelle contraire, le mode de la prise en charge directe s'applique en principe aux actes, services et fournitures ci-après:

- 1) les analyses de biologie médicale;
- 2) en cas de traitement en milieu hospitalier, l'ensemble des frais de traitement à l'exception des honoraires médicaux;
- 3) les médicaments;
- 4) la rééducation et la réadaptation fonctionnelles dans un établissement spécialisé;
- 5) la transfusion sanguine ;
- 6) les actes des professions de santé visées à l'article 61, alinéa 2, point 3), des établissements d'aides et de soins ainsi que des réseaux d'aides et de soins visés aux articles 389 à 391 disposant d'un contrat d'aides et des soins avec la Caisse nationale de santé.

Toutefois, à défaut de prise en charge directe, les frais des actes, services et fournitures énumérés ci-avant peuvent également être accordés sous forme de remboursement par la Caisse nationale de santé et les caisses de maladie aux personnes protégées qui en ont fait l'avance.

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. »

Exposé des motifs

Le 30 novembre 2009, la Commission européenne a introduit devant la Cour de justice 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 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.

Commentaire de l'article

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 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.

Pour le surplus il est renvoyé à l'exposé des motifs.