

Consultation de la Commission concernant une action communautaire dans le domaine des services de santé

Position du Grand-Duché de Luxembourg

I. Introduction

1. Observations préliminaires

Le Luxembourg se félicite de la communication de la Commission du 26 septembre 2006 sur l'action communautaire dans le domaine de la santé.

Les discussions autour du champ d'application de la directive « services » ont démontré qu'il y a un besoin urgent de clarifier les implications du droit communautaire sur les services de santé, notamment à la lumière de la jurisprudence communautaire relative à la mobilité des patients.

Situé en plein milieu d'une région frontalière, le Luxembourg est particulièrement intéressé à ce que la mobilité des patients puisse s'exercer dans les meilleures conditions possibles tant pour ses citoyens que pour les nombreux travailleurs frontaliers se déplaçant tous les jours sur son territoire.

Mais le débat ne doit pas s'arrêter à la mobilité des patients.

Il est important de profiter du momentum pour obtenir plus de sécurité juridique dans d'autres domaines qui sont liés à la mobilité des patients et, plus généralement, à la prestation transfrontalière des soins de santé et qui revêtent une importance toute aussi grande, voire plus grande.

Toute discussion devra tenir compte du fait que les systèmes de santé des Etats membres se caractérisent par des principes et valeurs communs¹, qui font la spécificité de ces services par rapport à des services marchands classiques. Ces principes partagés sous-tendent les systèmes de santé nationaux, mais il n'en reste pas moins que ces principes sont mis en œuvre de façon très variée au niveau national, en fonction notamment des forces sociales historiques, des priorités et des spécificités du modèle social national ainsi que de l'organisation du système de sécurité sociale. Cette diversité est l'une des spécificités et forces du modèle social européen. La récente Charte des droits fondamentaux de l'Union reconnaît ainsi un droit d'accès à des services de santé « *dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales* »².

¹ Voir à cet égard: Conclusions du Conseil de l'UE sur les valeurs et principes communs aux systèmes de santé de l'UE, 2733^{ème} session du Conseil EPSCO, Luxembourg, 1-2 juin 2006.

² JOCE, C-364 du 18.12.2000, pages 1 à 22 et notamment l'articles 35 traitant de la santé au sein du chapitre dédié à la solidarité, de même que l'article 34 qui traite de la sécurité sociale.

Le débat se doit aussi d'examiner la jurisprudence de la Cour de Justice dans le domaine de la prestation transfrontalière de soins. Il est vrai que la Cour reconnaît non seulement les principes de marché, mais aussi le principe en vertu duquel la protection de la santé publique et le maintien de l'équilibre financier du système de santé sont des intérêts légitimes de premier ordre des Etats membres pouvant notamment justifier des restrictions aux libertés économiques reconnues par le Traité. Dans certains cas néanmoins, la jurisprudence de la Cour de Justice est problématique. Ainsi, on a pu constater dans certains arrêts qu'en appliquant les critères de nécessité et de proportionnalité des restrictions par rapport à l'objectif poursuivi, la Cour s'arroge un large droit de regard qui pose parfois problème. A cela s'ajoute que les arrêts de la Cour relatifs à la mobilité des patients et au domaine des soins de santé plus généralement ont introduit plus explicitement que jamais les différents aspects du marché intérieur (libre circulation, concurrence, aides d'Etat) dans l'organisation des soins de santé.

Partant du principe qu'il relève des tâches fondamentales des pouvoirs publics d'organiser une offre efficace de soins de qualité, abordables financièrement et accessibles à tous, il serait inacceptable que le futur instrument ne débouche sur un encadrement trop restrictif de la capacité de pilotage des Etats membres en ce qui concerne l'organisation, l'accessibilité et le financement des soins de santé. Il importe dès lors de limiter l'impact des règles du marché intérieur à un nombre réduit de services de soins de santé, de façon à garantir la capacité de réglementation et de planification des Etats membres, ainsi que la qualité et l'accessibilité des soins de santé. En outre, il convient de défendre la cohérence de chaque système.

Le Luxembourg soutient tout processus de réflexion ainsi que toute initiative de la part de la Commission relative à la question des instruments à mettre en œuvre par les Etats membres pour, d'une part, garantir, au sein de chaque système, un haut niveau d'intervention en vue d'assurer à tous les citoyens des soins de proximité de qualité, dispensés dans un délai aussi court que possible, en rapport avec l'état de santé et, d'autre part, maintenir et améliorer les modes de régulation instaurés pour atteindre un haut niveau de santé publique et de financement collectif des soins.

Le Luxembourg souhaite que la présente consultation publique soit la première étape dans un processus qui débouche sur des initiatives concrètes capables de montrer aux citoyens que l'Europe a une réelle valeur ajoutée pour eux.

2. Observations d'ordre terminologique

La typologie des « *prestations de soins transfrontalières* » proposée par la Commission dans la communication sous 2.2 recouvre quatre formes particulières de « *prestations de soins* » dites « *transfrontalières* » :

- La **recours à des services à l'étranger**: il s'agit du **déplacement temporaire d'un patient** dans l'Etat d'accueil ou est établi le prestataire. Par souci de clarté, on utilisera ci-après la notion de « **mobilité des patients** ».
- La **présence temporaire de professionnels**: il s'agit du **déplacement temporaire d'un prestataire** depuis son Etat d'origine vers l'Etat d'accueil. On utilisera ci-après la notion de « **mobilité professionnelle temporaire** ».

- La **présence permanente d'un prestataire** dans un autre Etat membre. Il ne s'agit pas *stricto sensu* d'une prestation transfrontalière de services de santé, mais de l'exercice du droit d'établissement. Concrètement l'on peut penser aux succursales locales de grands prestataires étrangers (cliniques, pharmacies ...), au cabinet local d'un médecin établi principalement à l'étranger. On désignera ce type de « prestation » par la qualification d'« **établissement professionnel** », qui semble juridiquement plus appropriée.
- La **prestation transfrontalière de soins sans déplacement** : il s'agit de prestations à distance de services depuis un Etat membre vers un autre Etat membre (« mobilité de l'information »). Concrètement l'on peut notamment penser à des services tels que la télé-médecine, la commande à distance dans un autre Etat membre de services de laboratoire, l'établissement d'un diagnostic ou la prescription de médicaments à distance. On utilisera ci-après la notion de « **prestation à distance** ».

* * *

II. Questionnaire

Question 1: quelles sont les retombées actuelles (à l'échelon local, régional et national) de la prestation transfrontalière de soins sur l'accessibilité aux systèmes de soins ainsi que sur la qualité et la viabilité financière de ces systèmes et comment ces répercussions sont-elles susceptibles d'évoluer?

Avant d'en venir à l'illustration de l'impact de la prestation transfrontalière des soins sur le système de santé luxembourgeois, il échet de mettre en exergue les particularités de la prestation transfrontalière de soins de santé au Grand-Duché.

1.1 Spécificités propres à la prestation transfrontalière de soins de santé au Luxembourg

Tout d'abord, le Luxembourg est un petit pays ce qui implique que l'on n'est jamais éloigné de plus de quelques dizaines de kilomètres d'une frontière ou d'une autre. Le Luxembourg est donc dans son entièreté une région frontalière confrontée à toutes les questions que cette réalité entraîne en pratique. Ceci explique aussi le fait que 45% des personnes actives dans le secteur de la santé luxembourgeois sont des travailleurs frontaliers.

Le Grand-Duché connaît, en raison de sa position géographique particulière, un taux élevé de travailleurs frontaliers en provenance de la France, de la Belgique et de l'Allemagne auxquels il a toujours veillé à assurer le meilleur traitement possible. Le droit communautaire prévoit qu'en raison des attaches qu'ils ont tant dans le pays de leur emploi que dans le pays de résidence, les travailleurs frontaliers ont le droit d'obtenir des soins de santé dans les deux pays, à charge du pays compétent. Leurs membres de famille ainsi que les pensionnés ne sont pas dans cette situation, ce qui explique pourquoi la réglementation communautaire ne leur accorde pas de plein droit cette même possibilité. Le droit luxembourgeois va plus loin que les dispositions communautaires en prévoyant la possibilité au profit de ces deux catégories de se faire soigner tant dans l'Etat de résidence que dans l'Etat d'emploi dans les mêmes conditions et ceci par le biais d'une convention bilatérale (Belgique) ou par des dispositions nationales (statuts) (exception faite de l'Allemagne en ce qui concerne les pensionnés).

Dans le cadre de l'application du règlement 1408/71 tel que modifié, il est à signaler que le Luxembourg délivre un très grand nombre de formulaires E 112 en raison de son infrastructure hospitalière spécifique (voir sous 1.2), permettant de se faire soigner à l'étranger selon les modalités du pays où les soins sont fournis.

Il importe également de noter que le Luxembourg figure parmi les premiers Etats membres à avoir appliqué la jurisprudence Kohll et Decker et ceci avec toutes ses conséquences (contrairement à d'autres pays, surtout ceux qui ont un système national de soins financé par l'impôt et qui doivent payer deux fois si les assurés se font traiter dans un autre pays et demandent un remboursement).

Ensuite, la détermination de la hauteur exacte du remboursement dans le cadre des soins hospitaliers n'est pas évidente. En effet, la prise en charge des soins hospitaliers est régie par une

convention entre l'Union des Caisses de Maladie (UCM) et l'Entente des hôpitaux luxembourgeois (EHL) et s'opère dans le cadre du financement d'un budget individuel négocié séparément avec chaque hôpital (« budgétisation »). Les soins hospitaliers, en dehors des actes et services médicaux, sont considérés comme des prestations en nature qui sont payés directement et forfaitairement par le régime national d'assurance maladie, voire par l'Etat en ce qui concerne les subventions d'investissement, aux hôpitaux individuels, sans qu'il n'existe un lien direct entre les soins de santé reçus par le patient individuel et le montant versé à l'hôpital. A fortiori, il n'existe aucun tarif ou barème d'après lequel une caisse de maladie pourrait rembourser des soins hospitaliers réalisés en dehors des hôpitaux budgétisés³.

Il reste à souligner comme dernière particularité que le Luxembourg ne connaît pas le problème des listes d'attente.

1.2 L'impact économique et financier⁴ de la prestation de soins transfrontalière au Luxembourg

Le tableau ci-après reprend les données relatives à la mobilité des patients, y compris les travailleurs frontaliers, au Grand-Duché. Les chiffres ont trait au flux des patients (non) résidents vers des prestataires (non) résidents.

Bénéficiaire	Prestataire ⁵	Montant net (en EUR)	En % du total	Nombre de bénéficiaires	En % du total
2003					
Résidents	Résidents	720 449 929,4	79,5%	495 822	67,2%
Résidents	Non-Résidents	12 058 490,0	1,3%	30 832	4,2%
Non-résidents	Résidents	38 066 890,3	4,2%	39 517	5,4%
Non-résidents	Non-résidents	135 619 933,4	15,0%	171 623	23,3%
TOTAL		906 195 243,0	100,0%	737 794	100,0%
2004					
Résidents	Résidents	789 571 800,2	79,8%	500 123	67,2%
Résidents	Non-résidents	15 938 827,1	1,6%	33 204	4,5%
Non-résidents	Résidents	38 674 936,8	3,9%	38 321	5,1%
Non-résidents	Non-résidents	144 750 036,5	14,6%	172 964	23,2%
TOTAL		988 935 600,6	100,0%	744 612	100,0%

³ Pour plus de détails sur la facturation des prestations hospitalières voir Annexe

⁴ Source : banque de données de l'Union des Caisses de Maladie (UCM) relative aux prestations en nature pour les années 2003 et 2004. Les données finales et détaillées pour les exercices 2005 et 2006 ne sont pas encore disponibles.

⁵ « Prestataires » : Tous les acteurs ayant une activité dans le secteur de la santé et ayant conclu une convention avec l'UCM, i.e. médecins, hôpitaux, pharmacies, kinésithérapeutes etc.

D'une manière générale, le flux vers le Luxembourg en tant que prestataire de soins de santé est moindre en ce qui concerne les patients originaires d'autres Etats membres (« flux intérieur »). En effet, même si l'infrastructure hospitalière du Luxembourg offre une gamme de soins complète, la visibilité des compétences spécialisées de ses centres d'excellence n'est pas toujours garantie en raison de la petite superficie du pays. A cela s'ajoutent les tarifs élevés des soins de santé.

Il est encore à souligner que la catégorie des bénéficiaires non-résidents comprend également les travailleurs frontaliers qui sont amenés à solliciter des soins d'urgence ou ambulatoires en journée au Luxembourg.

Concernant le flux de patients de l'intérieur vers l'extérieur (« flux extérieur »), il peut être noté que le nombre de demandes de transfert pour traitement à l'étranger E112 accordées par l'UCM en 2005 s'élève à 17.356⁶, dont 51,3 % vers l'Allemagne, 28,5 % vers la Belgique, 17,9 % vers la France et 2,3 % vers d'autres pays.

Au cas où la tendance du flux vers l'extérieur se confirmait, une des conséquences pourrait être un appauvrissement des structures de soins internes. L'accessibilité aux systèmes de soins pourrait souffrir du développement des soins transfrontaliers si les flux ne sont pas équilibrés.

Question 2: Quelles sont les clarifications juridiques spécifiques et les informations pratiques requises – et par qui (autorités, acquéreurs, prestataires, patients) – pour que des prestations transfrontalières de soins sûres, efficaces et de qualité puissent être fournies?

En tenant compte des quatre cas de figure envisagés par la communication, il est primordial que la législation communautaire fournisse plus de sécurité juridique à plusieurs égards.

2.1 Mobilité des patients

La question des voies de recours à envisager contre une décision refusant ou limitant la mobilité des patients est posée par le document élaboré par la Commission. Dans ce contexte, des voies de recours ad hoc ne devraient pas être prévues. Il y a lieu à cet égard, par application du principe de subsidiarité, de se référer aux systèmes et traditions juridiques nationales. Toutefois, une clause générale prévoyant l'obligation de prévoir des voies de recours effectives en droit national et de communiquer ces voies et les délais d'action applicables semble appropriée.

La Communication identifie aussi, à juste titre, un problème important lié à la réception de soins à l'étranger: il convient de parfaire la possibilité de transférer, de pouvoir « rapatrier », les données de santé relatives à un traitement à l'étranger vers le pays d'origine. A cet égard il s'agira d'une part de continuer et d'intensifier le travail de standardisation et de normalisation en cours au

⁶ Ce chiffre se rapporte à quelque 12.000 personnes. Cette différence tient au fait que beaucoup de personnes se voient accorder pour un même traitement plusieurs accords successifs. Ceci est notamment le cas lorsqu'il s'agit de consultations postopératoires ou de suivi d'un traitement médical subi auparavant à l'étranger.

niveau communautaire, afin de réduire et d'éviter des barrières techniques⁷. Tout en respectant les compétences nationales pour organiser les systèmes de santé, l'Union devrait soutenir l'élaboration et l'adoption coordonnée par les Etats membres de systèmes de classification et de codification relatives aux données de santé communs ou du moins interopérables au niveau communautaire. Il s'agit de limiter au minimum les problèmes inévitables d'interopérabilité technique, sémantique et linguistique évidents. D'autre part, il s'agira aussi de lever certains obstacles ou incertitudes juridiques en clarifiant le statut des flux transfrontaliers de données, le cas échéant en complétant ponctuellement la directive 95/46/CE relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

L'obligation d'assurer la continuité des soins lorsque le patient est transféré d'un Etat à l'autre pour y subir une intervention médicale devrait reposer, sous forme d'une obligation de moyens, sur tous les prestataires impliqués dans une telle prise en charge. L'élaboration à terme, d'un « *minimum data set* », soit d'une sorte de dossier médical de base contenant les données essentielles du patient et accessible à travers toute l'Union pourrait largement contribuer à faciliter la continuité des soins transfrontaliers.

Quant aux autres exigences de clarification et d'information nécessaires à la mobilité des patients, les patients devraient pouvoir – préalablement à un traitement planifié et dans des délais raisonnables – se renseigner sur l'existence éventuelle d'un droit de transfert à l'étranger. Ils devraient de même pouvoir être fixés sur le montant approximatif d'éventuels frais non remboursables et sur la répartition des compétences entre Etat d'origine et Etat de destination. Au moins devraient-ils pouvoir disposer facilement des renseignements quant aux autorités compétentes susceptibles de les éclairer sur leurs droits dans l'Etat d'accueil. A terme l'on devrait peut-être envisager, au niveau communautaire, une action commune des Etats membres afin de convenir des garanties minimales communes en matière de droits des patients. La définition de droits des patients partagés à travers l'Europe, y inclus de droits spécifiques aux prises en charges transfrontalières, serait un signal fort documentant l'attachement à des systèmes de santé de qualité centrés sur le patient.

Afin d'assurer un haut niveau de qualité des prestations au profit des patients, chaque Etat membre devrait se doter d'un système reconnu de gestion de la qualité accompagné des indicateurs pertinents susceptibles d'être utilisés au niveau communautaire. Eu égard aux spécificités nationales, chaque Etat membre devrait rester libre quant au choix du système exact ; de même, la référence à des standards communs ne devrait pas avoir pour effet une charge administrative trop élevée (ex. exigence de prérequis et de résultats formulés de manière trop détaillée).

Finalement, il serait dans l'intérêt des patients que les arrêts de la Cour relatifs au remboursement des soins dispensés à l'étranger soient codifiés et, sur certains points, expliqués davantage. Un besoin de clarification existe aussi en ce qui concerne les dispositions du règlement modifié relatif à la coordination des systèmes de sécurité sociale (règlement 1408/71 tel que modifié). En effet, les procédures d'octroi des autorisations nécessaires aux remboursements varient en fonction de l'organisation des systèmes de santé de chaque Etat membre. Ainsi, la Belgique et le Luxembourg mènent une politique d'autorisation médicale préalable (octroi E 112) moins restrictive que la France. Plus est, les arrêts Kohll et Decker sont interprétés différemment dans les trois pays. En

⁷ A l'instar de cartes bancaires, les cartes santé devraient ainsi par exemple être développées de façon à être inter-opérables en Europe et permettre un accès aux données, sans que les prestataires ne doivent disposer de plusieurs lecteurs etc.

tout état de cause, il faudrait un plus grand degré de transparence quant aux délais endéans lesquels les autorisations doivent être octroyées.

2.2 Mobilité professionnelle temporaire : libre prestation de service

Il y a lieu de relever que lorsque l'accès à une profession est soumis à des exigences en matière de qualifications, les règles applicables aux prestataires de services temporaires sont en principe déjà fixées par la directive 2005/36/CE sur la reconnaissance des qualifications professionnelles (ci-après « directive qualification »).

La directive qualification distingue entre accès à une profession et exercice de celle-ci.

En substance, l'accès à la profession obéit en règle générale à la règle du pays d'origine. Toutefois, la directive reconnaît que l'Etat d'accueil « *peut procéder à une vérification des qualifications professionnelles du prestataire avant la première prestation de services, (...) si son objectif est d'éviter des dommages graves pour la santé ou la sécurité du bénéficiaire du service, du fait du manque de qualification professionnelle du prestataire, et dans la mesure où elle n'excède pas ce qui est nécessaire à cette fin.* »⁸.

L'exercice de l'activité est dans une large mesure subordonné au respect des règles du pays d'accueil⁹. La directive qualification permet aussi d'exiger la couverture par une assurance professionnelle. Cette directive contient finalement aussi des mécanismes de coopération et d'échange d'information entre autorités compétentes des Etats membres concernées.

Ces dispositions semblent a priori présenter des garanties suffisantes, même si leur application concrète ne peut encore être évaluée. Il faudra en tout état de cause assurer que la compatibilité entre la directive qualification, la directive service et le résultat de la présente consultation soit assurée. Il s'agira notamment d'énoncer des règles claires en ce qui concerne la rémunération ainsi que les questions de responsabilité des professionnels de la santé offrant leurs services à l'étranger. Il faudrait aussi mettre en place les garanties pour qu'un médecin étranger puisse être identifié facilement comme pratiquant sous le régime de la sécurité sociale de l'Etat d'accueil pour les patients étrangers muni de la carte européenne de santé afin d'assurer un remboursement adéquat.

2.3 Etablissement professionnel

Il convient d'une part de rappeler que la liberté d'établissement est reconnue par l'article 43 du Traité aux ressortissants communautaires et comporte pour ces derniers le droit d'accéder aux activités non salariées dans les mêmes conditions que celles définies par la législation de l'Etat membre d'établissement pour ses propres ressortissants. En outre, l'article 48 assimile aux personnes physiques, ressortissantes des Etats membres, les sociétés constituées en conformité avec la législation d'un Etat membre et ayant leur siège statutaire, leur administration centrale ou leur principal établissement à l'intérieur de la Communauté.

D'autre part, le mécanisme instauré par la directive qualifications est, à l'égard du volet « qualification », tout à fait suffisant. La garantie, conférée par cette directive aux personnes ayant acquis leurs qualifications professionnelles dans un Etat membre, d'accès à la même profession et d'exercice de cette profession dans un autre Etat membre avec les mêmes droits que les

⁸ Article 7 par. 4. de la directive, qui est cependant d'interprétation stricte.

⁹ En vertu de l'article 5 par. 3. Voir à cet égard aussi pour plus de précisions la réponse donnée sous 3.2 ci-après.

nationaux ne préjuge pas du respect par le professionnel migrant d'éventuelles conditions d'exercice non discriminatoires, objectivement justifiées et proportionnées.

2.4 Prestation à distance

A noter que la communication n'envisage sous cette rubrique que la « fourniture d'un service ». Les règles juridiques en matière de libre circulation des marchandises ne sont pas évoquées par la consultation.

Avec le développement de la télé-médecine et de formes nouvelles de marketing notamment, les prestations à distance sont en plein essor. Des réponses aux questions nouvelles qui se posent devraient être trouvées en tenant compte de la compétence des Etats membres pour déterminer un haut niveau de qualité de leurs systèmes de santé.

En partant du principe qu'un diagnostic consciencieux présuppose souvent la présence physique du patient, la faculté des Etats membres de prohiber certaines formes d'exercice de la médecine à distance, en tant que moyen approprié et proportionnel d'assurer un haut niveau de santé sur leur territoire, devrait être clairement reconnue. Dans cet ordre d'idées les Etats membres devraient pouvoir limiter l'exercice de la médecine à distance à certains actes, tels des actes occasionnels d'appoint ou encore à des actes de suivi lorsque le prestataire a préalablement été en contact « classique » et régulier avec le malade concerné et qu'il y a dès lors eu un premier examen physique établi par le médecin concerné. Ils devraient aussi pouvoir aménager l'exercice de la médecine à distance en imposant un agrément *ad hoc* suivant un protocole agréé préalable. Afin d'éviter la constitution de systèmes nationaux trop divergents, une certaine harmonisation pourrait être envisagée à condition de respecter le principe de haut niveau de protection du patient.

Les questions relatives au transfert transfrontalier de données de santé et d'interopérabilité technique, sémantique et linguistique, déjà évoquées au point 2.1 ci-avant, se posent avec plus d'insistance encore en relation avec la prestation à distance.

2.5 Les autorités publiques

Ce sont avant tout les Etats membres qui, dans l'exercice de leur compétence nationale de réglementation dans le domaine des soins de santé, ont besoin d'un plus haut degré de sécurité juridique.

Il est dans l'intérêt de toutes les parties intéressées que les Etats membres sachent quelles actions ils sont habilités à prendre lorsqu'ils réglementent la prestation des soins de santé sans se heurter à des normes communautaires ou bien à des décisions juridictionnelles susceptibles de remettre en cause les systèmes de soins de santé nationaux.

Pour mieux pouvoir définir leurs politiques de fixation des prix, de remboursement et de planification hospitalière, les autorités publiques doivent avoir à leur disposition des règles claires quant à différents aspects technique de la prestation transfrontalière telles les conditions d'octroi d'une autorisation préalable, le niveau et les conditions de remboursement, l'interaction entre la procédure E112 et les dispositions applicables du Traité et la légitimité de certaines contraintes.

Question 3: Quels sont les domaines (surveillance clinique, responsabilité financière, etc.) devant relever de la responsabilité des autorités de chacun des États concernés? Ces domaines varient-ils en fonction des différents types de prestation transfrontalière de soins décrits au point 2.2 ci-dessus?

3.1 Mobilité des patients

D'une façon générale, chaque Etat membre devrait en principe pouvoir maintenir et contrôler sur son territoire national un même niveau de protection, sans discrimination ou traitement différencié quant à l'origine de la personne qui y séjourne pour être traitée. Pareillement, le patient qui choisit de se déplacer pour profiter de services de santé à l'étranger, ou qui se trouve temporairement à l'étranger (vacances, voyage professionnel ...) et dont l'état de santé requiert un traitement, devrait être à même de savoir que le traitement à l'étranger relève des lois et standards locaux. Aussi, la supervision et la responsabilité pour contrôler le respect des exigences de sécurité et de qualité ne sauraient, pour des raisons pragmatiques, relever que de l'autorité de l'Etat qui accueille le patient. Le système de gestion des risques, de traitement des plaintes et le dédommagement devraient donc logiquement relever du droit interne de ce même Etat.

Ces questions devraient cependant pouvoir être modulées, soit bilatéralement entre Etats membres, soit encore à un niveau régional, soit même entre prestataires établis dans des Etats différents, en reconnaissant un droit de regard des autorités nationales compétentes. Ceci permettrait d'assurer une meilleure prise en charge transnationale, suivant un système *ad hoc* tenant compte de toutes les spécificités.

3.2 Mobilité professionnelle : libre prestation de service

Il y a lieu de rappeler que la directive qualifications professionnelles dans son article 5 §3 dispose déjà que « *s'il se déplace, un prestataire est soumis aux règles de conduite de caractère professionnel, réglementaire ou administratif en rapport direct avec les qualifications professionnelles telles que la définition de la profession, l'usage des titres et les fautes professionnelles graves qui ont un lien direct et spécifique avec la protection et la sécurité des consommateurs, ainsi qu'aux dispositions disciplinaires applicables dans l'Etat membre d'accueil aux professionnels qui y exercent la même profession* ».

Cependant l'article 5 par. 3 précité de la directive qualifications ne se prononce pas sur l'application des règles de l'Etat membre d'accueil qui ne présentent pas de lien avec les qualifications professionnelles et qui peuvent être multiples, par exemple les règles nationales relatives aux communications commerciales, aux tarifs réglementés ou aux restrictions territoriales. Une clarification concernant le droit applicable à ces questions s'impose.

3.3 Etablissement professionnel

L'application, non discriminatoire, de la législation nationale aux personnes physiques et morales exerçant leur droit de libre établissement au sein de l'Union a déjà été évoquée ci-avant.

Soulignons cependant ici que l'application du principe du pays d'origine aux succursales de sociétés étrangères serait de nature à nier la faculté retenue des Etats membres de déterminer, par

des moyens non discriminatoires et proportionnels au but poursuivi, le niveau de protection de la santé publique dont ils entendent faire profiter leur population et leur faculté d'organiser le système de santé et de sécurité sociale de la manière la plus adéquate possible au niveau national. Il faudra garantir que les règles relevant de la planification hospitalière continuent à s'appliquer indistinctement aux prestataires nationaux et prestataires étrangers présents localement ou souhaitant s'y établir.

3.4 Prestation à distance

L'application du principe du pays d'origine ne semble pas non plus compatible avec les spécificités des services de santé prestés à distance.

Au niveau du prestataire la situation devrait être assimilée à une prestation de services temporaires dans l'Etat de destination du service, même si le déplacement n'est que virtuel. Les remarques faites ci-avant en rapport avec cette forme de prestation de service sont dès lors transposables partiellement en ce sens que les règles de conduite de caractère professionnel, réglementaire ou administratif de l'Etat de destination devraient être respectées. Parmi celles-ci figurent les restrictions éventuelles évoquées sous 2.4 ci-avant.

Il est encore renvoyé aux développements relatifs à la question 4 ci-après.

<p>Question 4: Qui devrait être chargé de garantir la sécurité des patients en cas de prestation transfrontalière de soins ? Comment garantir des voies de recours aux patients ayant subi des préjudices?</p>

Il résulte des développements sous la question 3 que l'Etat membre dans lequel les soins sont fournis doit être tenu responsable pour garantir la sécurité des patients en cas de prestation transfrontalière de soins.

En cas de préjudice, les voies de recours applicables sont les voies de recours existantes dans le pays dans lequel le préjudice a été subi, c'est-à-dire le pays où les soins ont été fournis. C'est la législation applicable en droit national et plus précisément le droit civil qui va s'appliquer avec toutes ses conséquences.

Un système ad hoc introduisant, quant au fond, une différence de régime entre situations purement nationales et litiges avec un lien transnational n'est ni recommandable, ni justifié. Il y a lieu, à cet égard, par application du principe de subsidiarité, de se référer aux systèmes et traditions juridiques nationales. Toutefois le droit communautaire pourrait exiger l'existence de voies de recours effectives. Des procédures uniformes relatives à l'indemnisation de patients pourraient découler d'un système de qualité coordonné.

Les prestations opérées à distance, sans déplacement du patient, sont des situations particulières. Le patient devrait dans ce cas jouir des assurances nécessaires lui permettant de pouvoir attirer le prestataire devant les juridictions locales. La compétence du for du patient et des principes de responsabilité du droit du for en tant que garantie d'ordre public en faveur du patient se justifie eu égard à la particulière vulnérabilité dans laquelle se trouve le consommateur-patient.

Question 5: Que faut-il faire pour que le traitement des patients originaires d'autres États membres soit compatible avec la fourniture d'un service médical et hospitalier équilibré accessible à tous (dédommagement financier pour leur traitement dans le pays « destinataire » par exemple)?

La problématique d'un traitement inégal entre patients résidents et patients originaires d'autres États membres est susceptible de se poser moins souvent au Luxembourg que dans d'autres États au vu du fait que le Luxembourg ne connaît pas la problématique des listes d'attente et est plutôt un pays exportateur de patients (voir développements sous question 1).

Il va de soi que la fourniture d'un service médical et hospitalier équilibré accessible à tous doit être garantie par une politique de prix identiques pour les patients étrangers et les patients luxembourgeois. Au Grand-Duché, cette politique doit tenir compte des contraintes inhérentes au mécanisme dit de « budgétisation » en ce qui concerne les soins hospitaliers (voir développements sous la question 1) En effet, une des conséquences de la budgétisation des hôpitaux luxembourgeois telle que décrite ci-dessus (voir question 1) est que il n'existe aucun tarif ou barème d'après lequel une caisse de maladie pourrait rembourser des soins hospitaliers réalisés en dehors des hôpitaux budgétisés. En outre, les soins hospitaliers pris en charge par le régime national d'assurance maladie ne peuvent être prestés que dans un hôpital figurant dans le plan hospitalier national (« planification hospitalière») et auquel la convention entre l'EHL et l'UCM est applicable (voir question 1). La planification hospitalière limite explicitement le nombre d'hôpitaux, le nombre de lits et le nombre de services pouvant offrir des soins hospitaliers dans un souci de qualité des soins.

En tout état de cause, il serait utile de soutenir des initiatives de collaboration inter-hospitalière de part et d'autre des frontières afin d'apporter des réponses à des questions comme par exemple le maintien et la consolidation de services de pointe dans diverses disciplines médicales, l'accès à des soins de haut niveau de proximité ainsi que le renforcement des capacités d'intervention à l'échelle territoriale. Le Luxembourg verrait une grande valeur ajoutée dans la possibilité de participer à un Centre de Référence/d'Excellence européen afin de pouvoir garantir une meilleure prise en charge de ceux de ses ressortissants atteints d'une pathologie complexe.

En dernier lieu, il faudra éviter toute tendance en faveur d'un recrutement de patients à l'étranger pour des raisons purement mercantiles, ce qui serait fondamentalement contraire au but de la promotion de la meilleure qualité des soins dans l'intérêt du patient.

Question 6: d'autres questions sur la circulation des professionnels de la santé ou l'établissement de prestataires de soins qui n'auraient pas encore été traitées dans la législation communautaire devraient-elles être évoquées dans le contexte précis des services de santé?

Le Luxembourg estime qu'en l'état actuel des choses, il n'y a pas d'autre question relative à la circulation des professionnels de la santé ou l'établissement de prestataires de soins qui nécessite d'être traitée dans la législation communautaire.

Question 7: Dans le contexte des différents systèmes spécifiques de santé ou de protection sociale concernés, existe-t-il d'autres domaines où la sécurité juridique devrait être renforcée ? En particulier, quelles améliorations les parties prenantes directement concernées par l'accueil des patients venant d'autres États membres – prestataires de soins et institutions de sécurité sociale par exemple – suggèrent-elles pour faciliter la prestation de soins à l'échelon transfrontalier ?

Un renforcement de la sécurité juridique est tout particulièrement nécessaire en ce qui concerne l'étendue des pouvoirs propres aux Etats membres dans les domaines de l'organisation et du financement des systèmes de santé (« *steering capacity* »).

Les Etats doivent en effet pouvoir exercer ces pouvoirs dans des conditions de sécurité juridique maximale afin de garantir les valeurs fondamentales de l'universalité, de la solidarité et d'un accès égal à des soins de qualité, telles que définies dans les conclusions relatives aux valeurs et principes communs du Conseil de juin 2006.

Plus de sécurité juridique permettrait aussi de réduire les cas où la Cour de Justice met en danger la capacité nationale de pilotage en accordant la primauté aux lois du marché dans le domaine des services de santé et en amenant les tribunaux à remettre en cause les systèmes de soins nationaux.

Question 8: De quelle manière l'action de l'UE devrait-elle soutenir les systèmes de santé et les différents intervenants concernés dans les États membres ? Envisagez-vous des domaines d'action qui n'auraient pas été évoqués ci-dessus ?

L'Union européenne devrait avant tout promouvoir des actions visant à garantir une meilleure information de tous les acteurs concernés.

Dans cet ordre d'idées, elle pourrait soutenir les Etats membres en développant plus avant la collaboration entre les Etats membres dans le domaine des soins de santé au sein du Groupe à Haut Niveau de la Commission sur les services de santé et les soins médicaux et du Comité de Protection Sociale (CPS), en stimulant l'échange des pratiques d'excellence, la collecte de données comparables et l'application plus systématique des évaluations d'impact au niveau de la santé en cas de nouvelle réglementation.

L'action communautaire pourrait aussi avoir trait à la promotion d'une formation adéquate des professionnels de la santé ou la mise en commun de données assurant une meilleure efficacité des services (création de réseaux d'information européens).

Question 9 : Quels seraient les instruments appropriés pour faire face aux différents enjeux liés aux services de santé au niveau européen ? Quels seraient les points à aborder dans la législation communautaire et ceux à traiter par des voies non législatives ?

En ce qui concerne les points pour lesquels une plus grande sécurité juridique est souhaitable, une directive pourrait être l'instrument le plus indiqué, à condition cependant que son champ d'application soit clairement délimité et qu'elle ne soit pas contraire *in fine* aux intérêts des Etats membres.

Il s'agira tout particulièrement de veiller au respect du principe de subsidiarité, notamment en ce qui concerne le pouvoir de réglementation des Etats membres dans le domaine des soins de santé.

Autrement dit, quelle que soit sa nature exacte, le nouvel instrument devrait se référer expressément à la spécificité des services de soins de santé et mentionner les domaines qui relèvent de la compétence exclusive des Etats membres et auxquels les règles du marché intérieur n'auront pas vocation à s'appliquer.

Un tel instrument devrait permettre de codifier la jurisprudence de la Cour de Justice en matière de mobilité des patients, assurant par là plus facilement son respect par tous les Etats membres.

A titre subsidiaire, on pourrait également réfléchir à la nécessité d'une éventuelle modification du règlement 1408/71 tel que modifié de façon à tirer toutes les conséquences de la jurisprudence Kohll et Decker en clarifiant notamment les règles de procédure applicables à la mobilité des patients en vertu de l'article 49 TCE. Ceci remédierait au vide juridique actuel, et par voie de conséquence à l'insécurité juridique quant aux droits des assurés qui se prévalent de cette jurisprudence.

Les domaines tels l'information et la sécurité du patient, la confidentialité et la protection des données du patient, la qualité des soins, la responsabilité et le dédommagement, pourraient être utilement traités par des instruments moins contraignants (ex : mécanismes de coopération, communications, recommandations, lignes directrices).

En outre, une étroite collaboration est nécessaire entre le Groupe à Haut Niveau, le Comité de Protection Sociale et tout autre mécanisme où cette vaste problématique est susceptible d'être abordée.

La « méthode ouverte de coordination » (MOC) est une méthode de travail susceptible d'aider les Etats membres, surtout ceux ne disposant pas des structures administratives nécessaires pour résoudre seuls et spontanément toutes les questions en cause, à développer progressivement de façon coordonnée leurs propres politiques. Dans le domaine de l'«Santé» elle est d'ailleurs appliquée avec succès. L'échange de « meilleures pratiques » et les enseignements à tirer des mauvaises expériences, en politiques nationales et régionales, qui tiennent compte des diversités au sein des Etats membres, en font un instrument à la fois efficace et flexible.

Le Luxembourg appuierait aussi activement tout effort visant à l'inclusion d'une référence expresse de la spécificité des services de santé dans le Traité lors d'une future révision.

* * *

ANNEXE

Explications supplémentaires quant à la facturation des prestations hospitalières¹⁰

Les soins hospitaliers pris en charge par le système national d'assurance maladie au Luxembourg sont définis aux articles 17, 60 et 74 à 79 du Code des assurances sociales (CAS). Si l'article 17¹¹ énumère l'ensemble des soins pris en charge par l'assurance maladie, l'article 60¹² introduit une distinction entre, d'une part, les prestations du secteur hospitalier en général et, d'autre part, les actes et services des médecins et des professionnels de santé qui ne sont pas des salariés de l'hôpital, même s'ils sont prestés dans le secteur hospitalier.

En effet, d'après l'article 74¹³, l'Union des caisses de maladie (UCM) prend en charge les prestations du secteur hospitalier d'après des budgets individuels, négociés séparément avec chaque hôpital. En revanche, les actes et services des médecins et des professionnels de santé qui ne sont pas des salariés de l'hôpital sont pris en charge conformément aux nomenclatures arrêtées et aux conventions conclues avec les groupements professionnels.

Les actes et services prestés par les médecins dans le secteur hospitalier se réfèrent à l'acte médical pur, puisque l'article 15¹⁴ du règlement grand-ducal du 16 décembre 1998 portant nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie ne leur permet pas de facturer le tarif de la location d'appareil lorsque celui-ci appartient à l'hôpital.

¹⁰ extrait de l'étude « Quelques réflexions sur la nature des prestations hospitalières au Luxembourg et sur la justification de l'autorisation préalable pour les transferts à l'étranger », Robert Kieffer, Bulletin des Questions sociales n°9, 2001, éd. Aloss (Association luxembourgeoise des organismes de sécurité sociale)

¹¹ **Art. 17.** *Sont pris en charge dans une mesure suffisante et appropriée*

1. les soins de médecine et de médecine dentaire ;
2. les traitements dispensés par les professionnels de santé ;
3. les analyses et examens de laboratoires ;
4. les prothèses dentaires et orthopédiques, les orthèses et épithèses ;
5. les produits et spécialités pharmaceutiques ;
6. les moyens curatifs, les produits accessoires au traitement et les appareils ;
7. les frais d'entretien en cas d'hospitalisation sauf pour le cas de simple hébergement ;
8. les cures thérapeutiques et de convalescence,
9. Les frais de voyage et de transport. (...)

¹² **Art. 60.** *Les relations entre les prestataires de soins et l'assurance maladie sont réglées par les articles 74 à 79 ou les articles 61 à 73, suivant qu'il s'agit de prestations dispensées dans le secteur hospitalier ou en dehors de ce secteur.*
Sont considérées comme prestations du secteur hospitalier toutes les prestations en nature dispensées à des assurés traités dans un hôpital au sens de la loi du 29 août 1976 portant planification et organisation hospitalières. Les actes et services des médecins et médecins-dentistes ainsi que des professionnels de la santé qui ne sont pas des salariés de l'hôpital sont pris en charge conformément aux articles 61 à 73, même s'ils sont prestés dans le secteur hospitalier.
L'assurance maladie prend en charge les prestations dans l'hôpital neuropsychiatrique de l'Etat suivant des modalités à déterminer par règlement grand-ducal.

¹³ **Art. 74.** *Sans préjudice de l'article 60, alinéa 4, l'union des caisses de maladie prend en charge les prestations du secteur hospitalier d'après des budgets arrêtés séparément pour chaque hôpital visé à l'article 60, alinéa 2 sur base de son activité prévisible pour un ou deux exercices à venir. Sont opposables à l'union des caisses de maladie les activités dûment autorisées en application de la législation hospitalière. Les budgets comprennent l'amortissement des investissements mobiliers et immobiliers dans la mesure où ils n'ont pas été financés par les pouvoirs publics. Dans la mesure où l'investissement est soumis à une autorisation préalable en vertu d'une disposition légale ou réglementaire, l'amortissement n'est opposable que si cette autorisation a été accordée.*
Ne sont pas opposables à l'union des caisses de maladie les prestations étrangères à l'objet de l'assurance maladie tel que défini à l'article 17 et de l'assurance accidents tel que défini à l'article 97, celles faites à titre de convenance personnelle de la personne protégée et celles fournies à des personnes non protégées au titre des livres I et II du présent code ou d'une convention bi-ou multilatérale en matière de sécurité sociale.

Sont portées en déduction des prestations opposables, celles rémunérées individuellement ou sous forme de forfaits, celles couvertes par des participations des personnes protégées ou, d'après les conditions et modalités définies dans la convention ou la sentence arbitrale, par des recettes provenant de tiers.

¹⁴ **Art. 15.** *Le médecin ne peut mettre en compte un tarif spécifique pour couvrir les frais de location d'un appareil, que si ce tarif spécifique est prévu dans la deuxième partie de l'annexe du présent règlement et désigné par le code de l'acte correspondant complété par la lettre « X ». La mise en compte de ce tarif spécifique ne peut être faite qu'à condition que l'acte technique correspondant puisse être mis en compte, que l'appareil soit, le cas échéant, dûment autorisé, que l'acte soit effectué en milieu extra-hospitalier ou dans un hôpital ne disposant pas de l'appareil en question. [...]*

Suivant le décompte de l'UCM de l'exercice 1999, le montant des soins hospitaliers (sans honoraires médicaux) s'élevait en 1999 à 13.247 millions de francs, alors que le montant total des honoraires médicaux comprenant tant les actes et services prestés en milieu hospitalier qu'en cabinet de ville s'élevait à 5.660 millions de francs. Suivant une étude interne de l'UCM effectuée pour l'exercice 1998, la part des honoraires médicaux correspondant à des actes prestés en milieu hospitalier s'élève à 48% du total des honoraires médicaux (2.552 millions de francs sur 5.296 millions de francs), de sorte que les honoraires médicaux hospitaliers ne représentent que 17% du total des soins hospitaliers.

Conformément à l'article 75¹⁵ du CAS, les modalités de la prise en charge des soins hospitaliers sont réglées dans la convention entre l'UCM et l'Entente des hôpitaux luxembourgeois (EHL) du 16 février 1996. Cette prise en charge consiste dans le financement d'un budget individuel négocié séparément avec chaque hôpital. Ce budget individuel concerne les frais fixes et les frais variables.

Par frais fixes, on entend les charges de l'hôpital qui ne sont pas directement liées au volume de l'activité, à savoir les fournitures énergétiques, les frais de personnel, les frais pour immeubles et équipement, les frais de gestion, les frais financiers et l'amortissement. Par frais variables, on entend les charges de l'hôpital qui sont directement liées au volume de l'activité, à savoir la consommation et les fournitures, à l'exception de celles reprises sous frais fixes. A remarquer que la part des frais fixes correspond à 77% (10.246 millions de francs) et la part des frais variables à 23% (2.997 millions de francs) du total des charges budgétisées, opposables à l'UCM.

Conformément à l'article 78¹⁶ du CAS, l'UCM verse chaque mois à l'hôpital un douzième du montant annuel des frais fixes opposables négociés, indépendamment de l'activité réelle de l'hôpital.

En ce qui concerne les frais variables, les frais négociés sont imputés d'après la comptabilité analytique aux centres de frais auxiliaires, aux centres de frais principaux ainsi qu'aux centres de frais non opposables. Ensuite, les frais des centres auxiliaires sont répartis au moyen de clés de répartition spécifiques en cascade sur les centres de frais principaux et les centres de frais non opposables en aval. Les centres de frais principaux sont regroupés en 14 entités fonctionnelles¹⁷ dont les prestations opposables à l'UCM sont désignées par unités d'oeuvre. En

¹⁵ **Art. 75.** Les modalités de prise en charge sont réglées par une convention écrite conclue par l'union des caisses de maladie avec les groupements des hôpitaux possédant la qualité et ayant un caractère suffisamment représentatif. La représentativité des groupements des hôpitaux s'apprécie en fonction du nombre de leurs membres et de leur ancienneté. La même convention a pour objet l'institution de la commission des budgets hospitaliers visée aux alinéas 3 et 4 de l'article 77. Les articles 61, dernier alinéa, 62, alinéas 2 à 4, 63, 68, 69 et 70 sont applicables.

¹⁶ **Art. 78.** L'union des caisses de maladie verse au début de chaque mois à chaque hôpital un montant correspondant à un douzième des frais non liés à l'activité, prévus au budget établi conformément aux dispositions de l'article qui précède. Les frais directement proportionnels à l'activité sont payés en fonction des unités d'oeuvre accomplies dans les différentes entités fonctionnelles de l'hôpital sur base d'un état justificatif comprenant par cas traité les unités d'oeuvre réalisées..

¹⁷ Entités fonctionnelles Unité d'oeuvre
hospitalisation - soins normaux présence à minuit ou entrée/sortie le même jour
hospitalisation - soins intensifs présence à minuit ou entrée/sortie le même jour
salle opératoire (et salle de réveil) passage salle OP
salle d'accouchement passage salle d'accouchement
laboratoire prélèvement de même nature remis au labo
imagerie médicale (sauf IRM) passage dans imagerie médicale
IRM passage dans IRM
radiothérapie séance
lithotritie extra-corporelle séance
caisson d'oxygénothérapie hyperbare séance
hémodialyse séance
physiothérapie séance
policlinique et autres unités médico-techniques passage.

divisant, pour chaque entité fonctionnelle, les charges totales des frais variables par le nombre d'unités d'oeuvre de cette même entité fonctionnelle, on obtient un coût de revient moyen des frais variables de chaque unité d'oeuvre. Pour chaque unité d'oeuvre fournie, l'hôpital obtient le versement de ce coût unitaire moyen des frais variables par l'UCM.

Pour chaque entité fonctionnelle, ce coût moyen est déterminé séparément pour chaque hôpital, de sorte qu'il n'existe pas de tarif uniforme pour les frais variables. En outre, ce coût unitaire moyen est indépendant des soins hospitaliers spécifiques reçus par un patient individuel : ainsi, par exemple, pour un passage en salle OP dans un hôpital déterminé, l'UCM verse le même coût unitaire pour frais variables qu'il s'agisse d'une opération pour amygdales ou d'une opération pour prothèse de hanche.

A remarquer que les soins hospitaliers pris en charge par l'assurance maladie au titre du mécanisme décrit ci-dessus ne contiennent pas l'amortissement des investissements qui ont été financés par les pouvoirs publics¹⁸. Conformément à l'article 11¹⁹ de la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, les investissements peuvent être subventionnés jusqu'à concurrence de 80% par l'Etat.

Hormis une participation journalière de 366 francs pour un séjour stationnaire et, le cas échéant, les prestations rendues à titre de convenance personnelle, l'article 142²⁰ des statuts de l'union des caisses de maladie garantit au patient une prise en charge intégrale des prestations hospitalières, de sorte que le patient n'a pas de frais à déboursier pour un passage ambulatoire ou un séjour stationnaire à l'hôpital.

En fin de compte il reste à signaler que le financement des soins hospitaliers repose, d'une part, sur les subventions d'investissement de l'Etat et, d'autre part, sur les dotations budgétaires fournies par le régime national d'assurance maladie qui, lui-même, obtient ses ressources à raison de 63% sur la base des cotisations obligatoires de sécurité sociale des assurés et des employeurs et à raison de 37% d'une contribution du budget de l'Etat.

Il résulte de l'ensemble du mécanisme de prise en charge des soins hospitaliers en dehors des actes et services médicaux que ces soins hospitaliers constituent des prestations en nature qui

¹⁸ Voir art. 74 du CAS ci-dessus.

¹⁹ **Art. 11.** En vue d'assurer au pays une infrastructure sanitaire conforme aux besoins réels l'Etat participe à raison de 80% aux frais des investissements mobiliers et immobiliers des établissements hospitaliers autorisés par le ministre de la Santé, la commission permanente pour le secteur hospitalier demandée en son avis et qui a traité :
- aux équipements et appareils dont question à l'article 3 sous c) ci-avant
- aux grands projets de construction ou de modernisation dont question à l'article 16 ci-après.

²⁰ **Art. 142.** Le traitement ambulatoire ou stationnaire ainsi que le séjour à l'hôpital en chambre de deuxième classe, à l'exception des honoraires médicaux, est pris en charge intégralement suivant les modalités prévues par la convention visée à l'article 75 du code des assurances sociales, sauf les exceptions ci-après :
Les personnes protégées, à l'exception des enfants de moins de 18 ans accomplis, participent à leur entretien en milieu hospitalier stationnaire à raison de 12,03 euros au nombre cent de l'indice du coût de la vie au 1er janvier 1984 pour chaque journée d'hospitalisation entamée jusqu'à concurrence d'un maximum de 30 journées par cas d'hospitalisation.
Sont exclus de la prise en charge le séjour et le traitement hospitalier en relation avec les activités hospitalières étrangères à l'objet de l'assurance. Dans la mesure où des prestations visées dans les nomenclatures des actes et prévues par les présents statuts sont grevées dans le secteur extra-hospitalier d'une participation de la personne protégée, les prestations de même nature délivrées dans le secteur hospitalier ambulatoire sont grevées de la même participation. La mise en compte de cette participation est effectuée conformément aux modalités prévues à la convention visée à l'article 75 du code des assurances sociales.
Le traitement de kinésithérapie, d'orthophonie ou de psychomotricité commencé lors d'un séjour hospitalier et continué en traitement ambulatoire par le même prestataire est assimilé, quant aux modalités et conditions de la prise en charge, aux prestations correspondantes reçues pendant un séjour hospitalier stationnaire. La durée du traitement délivré d'après les conditions et modalités prévues ci-dessus ne peut dépasser deux mois.

sont payées directement et forfaitairement par le régime national d'assurance maladie, voire par l'Etat en ce qui concerne les subventions d'investissement, aux hôpitaux individuels, sans qu'il existe un lien direct entre les soins de santé reçus par le patient individuel et le montant versé à l'hôpital. A fortiori, il n'existe aucun tarif ou barème d'après lequel une caisse de maladie pourrait rembourser des soins hospitaliers réalisés en dehors des hôpitaux budgétisés.

Les soins hospitaliers pris en charge par le régime national d'assurance maladie ne constituent donc pas des services qui sont fournis normalement contre rémunération et ils ne relèvent pas des activités de caractère industriel et commercial, ni des activités artisanales et des professions libérales.

En outre, les soins hospitaliers pris en charge par le régime national d'assurance maladie ne peuvent être prestés que dans un hôpital figurant dans le plan hospitalier national et auquel la convention entre l'EHL et l'UCM est applicable. La planification hospitalière limite explicitement le nombre d'hôpitaux, le nombre de lits et le nombre de services pouvant offrir des soins hospitaliers. Le financement de l'ensemble de ces hôpitaux s'effectue par le système de la budgétisation, tel que décrit ci-dessus, et par les subventions de l'Etat. Le financement des soins hospitaliers est donc exclusivement basé sur des cotisations obligatoires et sur des contributions du budget de l'Etat.

Dans l'exercice de sa compétence pour aménager le système de sécurité sociale luxembourgeois, compétence à laquelle le droit communautaire ne porte pas atteinte, l'Etat luxembourgeois a organisé la prestation de soins hospitaliers pour les affiliés du régime national d'assurance maladie, sans avoir recours à des services fournis normalement contre rémunération. Ainsi, le financement des soins hospitaliers ne constitue pas la contrepartie économique des prestations reçues par les patients, mais l'Etat accomplit de cette manière sa mission dans le domaine de la politique de santé et de sécurité sociale.

* * *

This paper represents the views of its author on the subject. These views have not been adopted or in any way approved by the Commission and should not be relied upon as a statement of the Commission's or Health & Consumer Protection DG's views. The European Commission does not guarantee the accuracy of the data included in this paper, nor does it accept responsibility for any use made thereof.