



UNION DES ENTREPRISES  
LUXEMBOURGEOISES

# **SOIGNER MIEUX EN DEPENSANT MOINS**

FEUILLE DE ROUTE DE

L'UNION DES ENTREPRISES LUXEMBOURGEOISES

POUR REFORMER EFFICACEMENT LE SYSTEME DE SOINS DE SANTE

OCTOBRE 2010

## Table des matières

<b>AVANT PROPOS .....</b>	<b>i</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>LE SYSTEME DE SOINS DE SANTE LUXEMBOURGEOIS.....</b>	<b>3</b>
<b>Les dépenses de santé par habitant parmi les plus élevées au monde.....</b>	<b>3</b>
<b>Le système de santé luxembourgeois est parmi les plus généreux au monde .....</b>	<b>4</b>
<b>Les facteurs d'augmentation des dépenses de santé.....</b>	<b>5</b>
<b>1ERE PARTIE : SOIGNER MIEUX... ..</b>	<b>8</b>
<b>Une meilleure offre de soins .....</b>	<b>10</b>
Le conventionnement des prestataires de soins.....	10
Les nomenclatures des prestataires .....	10
Les médicaments .....	11
Les laboratoires .....	12
La prise en charge directe.....	14
Le dossier personnel de santé et le partage des données .....	15
Le financement des prestations de maternité .....	16
<b>Une rationalisation de l'offre hospitalière .....</b>	<b>17</b>
La planification hospitalière.....	17
La chirurgie ambulatoire .....	18
La démographie médicale en milieu hospitalier.....	18
La budgétisation des établissements hospitaliers .....	19
La comptabilité analytique .....	20
Le Comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières	20
La Commission permanente du secteur hospitalier.....	21
<b>2EME PARTIE : ... EN DEPENSANT MOINS .....</b>	<b>23</b>
<b>LE SYSTEME DE FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE .....</b>	<b>24</b>
<b>RETABLIR L'EQUILIBRE FINANCIER DU SYSTEME DE SOINS DE SANTE ..</b>	<b>25</b>
Quelle est la situation financière de l'assurance maladie-maternité à l'horizon 2014 ? ..	25
Quelle sera la situation financière de l'assurance maladie à l'horizon 2020 ?.....	28
Quel impact la situation financière de l'assurance maladie a-t-elle sur l'ensemble des finances publiques ? .....	30

<b>MAITRISER LES DEPENSES DE SANTE.....</b>	<b>32</b>
Le scénario à politique constante : une progression moyenne des dépenses pour soins de santé de l'ordre de 6% par an entre 2011 et 2014 .....	41
La proposition de réforme du gouvernement: une progression moyenne des dépenses pour soins de santé de l'ordre de 4% par an entre 2011 et 2014.....	42
La proposition de l'UEL: un taux de progression maximal des dépenses pour soins de santé dégressif .....	43
<b>MAINTENIR DES SALAIRES COMPETITIFS ET ATTRACTIFS .....</b>	<b>46</b>
<b>INSTAURER UN TAUX DE COTISATION UNIQUE DE 5,26%.....</b>	<b>50</b>
Les cotisations pour soins de santé représentent actuellement 5,40% du salaire brut .....	50
L'introduction d'un taux de cotisation unique pour soins de santé de 5,26% du salaire super brut.....	51
Vers une responsabilisation des assurés/employés dans la gestion des soins de santé ....	54
<b>3EME PARTIE : ET EN MODERNISANT LE FONCTIONNEMENT DE LA CAISSE NATIONALE DE SANTE.....</b>	<b>56</b>
<b>Réformer en profondeur le fonctionnement de la CNS .....</b>	<b>58</b>
<b>Réduire les frais administratifs de la CNS.....</b>	<b>59</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>61</b>

## AVANT PROPOS

**Les soins de santé constituent le pilier le plus important de l'assurance maladie, mais à côté de cela, l'assurance maladie couvre également les prestations en espèces (c'est-à-dire le risque des absences pour cause de maladie ou d'accident).**

**Depuis l'introduction du statut salarié unique au 1<sup>er</sup> janvier 2009, les entreprises supportent la très grande majorité du financement de la couverture de ce risque dû à la généralisation de la continuation du paiement du salaire des travailleurs pendant une période allant jusqu'à la fin du mois au cours duquel se situe le 77<sup>e</sup> jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de 12 mois de calendrier successifs.**

**Cette généralisation n'a pas manqué de grever davantage les charges des entreprises, alors qu'un certain nombre d'engagements pris par le Gouvernement dans ce cadre restent en souffrance. Il s'agit en l'occurrence de l'opposabilité des résultats des contrôles administratifs effectués par la Caisse nationale de santé et des contrôles médicaux aux salariés dans le cadre de la gestion de l'absentéisme par les entreprises, de l'augmentation du nombre des contrôleurs de maladie, le contrôle des salariés frontaliers par les autorités compétentes de leur pays de résidence (voire par les agents de la CNS sur la base d'accords internationaux à conclure), du paiement de certaines majorations indues pour les salariés portés malades, de la révision du système des indemnités de départ pour les entreprises en difficulté et enfin de la neutralité financière du statut unique au niveau interprofessionnel.**

**Dans ce contexte, il est inconcevable que le projet de réforme du gouvernement table sur un relèvement des contributions patronales, qui de surcroît est contraire aux accords tripartites du passé.**

**Maintenir les charges sociales des entreprises au niveau actuel constitue un impératif alors que cela constitue un des seuls avantages dont dispose le Luxembourg en matière de compétitivité-coût.**

**Cet engagement des entreprises en matière de prestations en espèces devra logiquement avoir pour contrepartie une responsabilisation accrue des assurés en matière de prestation en nature. Ceci est d'autant plus justifié que la prise en compte du risque en question relèvera dorénavant des seules entreprises alors que les anciens ouvriers, voire les travailleurs effectuant une activité à dominante manuelle, verront la surprime qu'ils versent à ce stade à la Mutualité des Employeurs supprimée. Ceci aura comme conséquence que ces assurés verront leurs cotisations à la CNS diminuer et partant leur salaire net relever à due concurrence.**

## INTRODUCTION

Le présent document a pour objet d'exposer l'appréciation que portent les organisations patronales réunies au sein de l'UEL à la réforme de l'assurance maladie telle que préconisée par le Gouvernement, réforme qui revêt à ce stade la forme d'un projet de loi présenté fin juillet par le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale.

La prise de position patronale se décline en deux parties :

La première partie est consacrée à l'analyse des réformes proposées par le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale. Les organisations patronales y posent également les préalables à une collaboration des représentants des entreprises au sein des organes de la Caisse nationale de santé (CNS). Ceux-ci tiennent à la fois à une bonne gouvernance du système respectueuse des attributions des représentants des membres des organes de la CNS et à une réforme du mode de gestion de celle-ci.

Dans le cadre d'une seconde partie est présenté, dans une approche comparative, le niveau des prestations de l'assurance maladie et analysée la situation financière de la CNS. Cette analyse est complétée par une proposition d'assainissement des finances de la CNS reposant sur plusieurs objectifs. Ceux-ci se situent pour la plupart dans le court et moyen terme alors que leur mise en œuvre devra pleinement sortir ses effets à la fin de la période législative en cours.

Les propositions témoignent du souci des organisations patronales de maintenir à terme un système de santé de qualité sans pour autant grever la compétitivité de l'économie luxembourgeoise, constituant elle-même le préalable d'une création de richesse permettant de financer un système social généreux. Les organisations patronales voudraient insister dans ce contexte sur le fait que la définition des prestations dispensées par le système de santé et du niveau des ressources à y affecter relève d'un choix de société.

\* \* \*

L'UEL est attachée au modèle social luxembourgeois qui comprend notamment un niveau de protection sociale élevé et un accès aux soins de santé pour tous. La pérennité du mécanisme d'assurance maladie n'est envisageable qu'à la seule condition d'en garantir l'équilibre financier à long terme. Pour parvenir à un tel objectif essentiel pour la cohésion sociale du pays, l'UEL réfute le recours à des artifices de court terme et se propose de participer activement à la mise en place des réformes structurelles indispensables à la soutenabilité du régime d'assurance santé.

La réforme du système de soins de santé, annoncée lors de la réunion quadripartite de l'automne 2009 et matérialisée à ce stade sous forme de projet de loi, doit selon ses auteurs viser

1. « *une meilleure coordination et une meilleure pilotabilité du système de soins de santé, précisant le cadre normatif en matière de documentation et de standards, misant sur des gains d'efficience et d'efficacité, stimulant la responsabilité des différents prestataires et améliorant les mécanismes de contrôle et de surveillance* » et

2. un « *redressement à court terme de la situation financière de l'assurance maladie-maternité* ».

Si l'approche relatée dans le projet de loi s'inscrit en effet dans une logique de maîtrise des coûts, il n'en reste pas moins qu'un certain nombre de mesures y préconisées ne sont pas assez incisives ou manquent d'ambition en ce qui concerne leur aboutissement sur l'axe du temps.

Le projet doit par contre être réfuté pour ce qui est des moyens déployés pour redresser les finances de la Caisse nationale de santé (CNS). Ainsi, il est inconcevable que le Gouvernement fasse fi des discussions tripartites et propose un relèvement des cotisations à charge des entreprises, voire même un dé plafonnement des cotisations, ce qui équivaut à un changement de paradigme en matière d'assurances sociales. Si le projet de loi ne répond donc pas aux impératifs du redressement de la compétitivité de l'économie, il allège pourtant les contributions de l'Etat aux dépens des assurés et des entreprises. Cette approche ne peut partant trouver l'approbation des milieux économiques.

L'UEL tracera dans le cadre de la présente « feuille de route » des pistes permettant de réduire le coût du système des soins de santé tout en améliorant la qualité des prestations. Elle plaidera également pour une responsabilisation accrue des prestataires et des assurés afin d'éviter un relèvement des cotisations. A titre subsidiaire, et pour le cas où leurs propositions ne seraient pas retenues par le Gouvernement, les organisations patronales demandent le plafonnement de leur cotisation au niveau actuel. Elles décrivent aussi la méthode préconisée pour inclure cette cotisation dans le salaire brut du salarié.

Finalement, l'UEL propose un remaniement de la gouvernance de la CNS en ligne avec les exigences d'une gestion moderne et efficace de cette branche de la sécurité sociale.

## **LE SYSTEME DE SOINS DE SANTE LUXEMBOURGEOIS**

Les soins de santé constituent certes le pilier le plus important de l'assurance maladie. Toujours est-il que l'assurance maladie couvre également les prestations en espèces, c'est-à-dire le risque que constituent pour l'assuré les absences pour cause de maladie ou d'accident, coûts qui depuis l'introduction du statut salarié unique sont largement pris en charge par les entreprises.

Nous verrons par la suite que les dépenses pour soins de santé au Luxembourg sont parmi les plus élevées de l'ensemble des pays de l'OCDE. Par ailleurs, la part du financement public pour les dépenses de soins de santé est la plus élevée de l'OCDE. Il résulte de la combinaison de ces deux affirmations que le coût des dépenses de santé est presque intégralement assumé par le système de santé et de sécurité sociale public.

### **LES DEPENSES DE SANTE PAR HABITANT PARMIS LES PLUS ELEVEES AU MONDE**

Les dépenses de santé par habitant au Luxembourg sont parmi les plus élevées du monde.

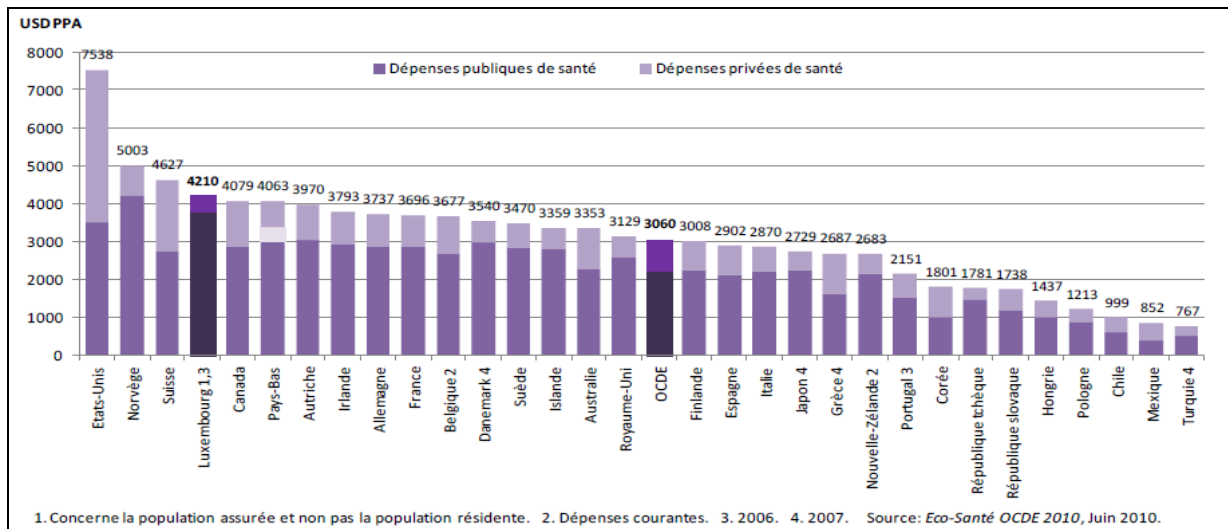
En effet, selon le dernier rapport de l'OCDE sur la santé publié en 2010, le Luxembourg se situe bien au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE en termes de dépenses totales de soins de santé par habitant, avec des dépenses de 4 210 USD (ajustées sur la base de la parité de pouvoir d'achat des monnaies) en 2006<sup>1</sup>, par rapport à une moyenne de 3 060 USD pour l'ensemble des pays de l'OCDE en 2008 (graphique ci-dessous).

---

<sup>1</sup> L'OCDE ne fournit pas de données pour les dépenses de soins de santé pour l'année 2008 et prend comme référence l'année 2006 pour le Luxembourg.

Cette limite induit une sous-estimation de l'ampleur de la différence entre le Luxembourg et les autres pays de l'OCDE étant donné qu'entre 2006 et 2008, les dépenses pour soins de santé au Luxembourg ont augmenté de 209 millions EUR passant de 1 347 en 2006 à 1 556 en 2008, soit une augmentation de 15,5% (source : CNS)

**Graphique 1 : Dépenses de santé par habitant, dépenses publiques et privées, dans les pays de l'OCDE en 2008 (en USD, PPA)<sup>2</sup>**



Source : OCDE, eco-santé 2010

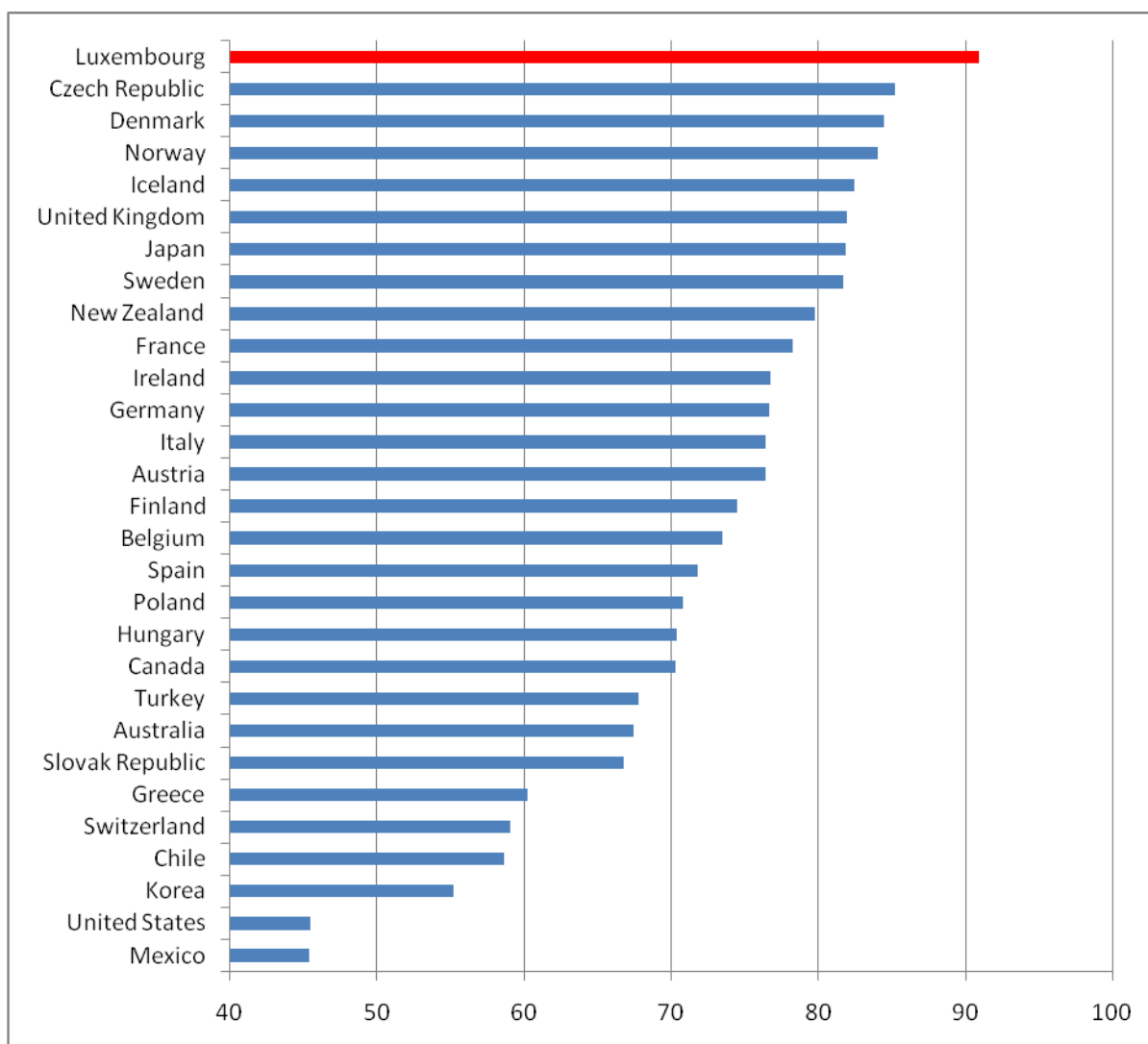
### **LE SYSTEME DE SANTE LUXEMBOURGEOIS EST PARMIS LES PLUS GENEREUX AU MONDE**

Au Luxembourg, 90,9% des dépenses de santé ont été pris en charge par le système de santé public en 2006. C'est la part la plus élevée parmi tous les pays de l'OCDE, bien supérieure à la moyenne de 72,8%. Il peut en être déduit que la participation des assurés aux soins de santé se situe parmi les plus faibles en comparaison internationale. Cet état de fait, auquel s'ajoute le très fort taux de financement des dépenses pour soins de santé par le budget de l'Etat central (qui représentent 42% des recettes de l'assurance maladie maternité en 2010) donne aux assurés une impression de gratuité des soins de santé. L'extrême générosité du système de santé luxembourgeois semble indiquer qu'il existe une grande marge de manœuvre pour réaliser des gains d'efficacité et des économies afin de garantir la soutenabilité du système de santé.

<sup>2</sup> Les données sont exprimées en dollars US ajustés pour les parités de pouvoir d'achat (PPA). Les PPA permettent la comparaison des dépenses entre les pays sur une base commune. Les PPA sont des taux de conversion monétaire qui égalisent le coût d'un "panier" donné de produits et services dans différents pays.



**Graphique 2 : Proportion du financement public en % du total des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE en 2007**



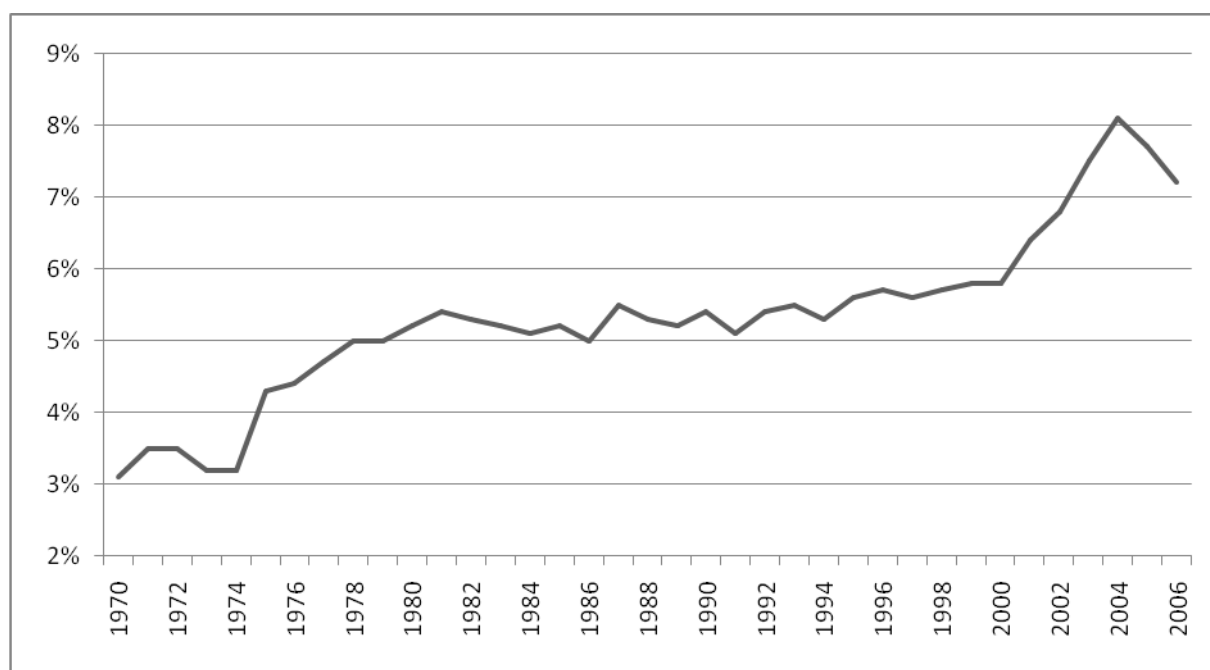
Source : OCDE, Eco-santé 2010

### **LES FACTEURS D'AUGMENTATION DES DEPENSES DE SANTE**

Les dépenses de santé représentent une part toujours plus importante du PIB.

Le graphique ci-dessous montre clairement que les dépenses de santé tendent à représenter une part toujours plus importante du PIB. En 1970, le Luxembourg consacrait 3,1% de son PIB aux dépenses de santé. Ce taux s'est sensiblement accru dès 1975 (4,3%) pour atteindre 5,0% en 1978. De 1978 à 2000, la part des dépenses de santé dans le PIB a été comprise entre 5,0% et 5,8%. A partir de 2001, l'augmentation de la part des dépenses de santé a recommencé à augmenter très fortement pour atteindre 8,1% en 2004. Ce n'est que parce que le PIB a augmenté très fortement entre 2004 et 2006 que la part des dépenses publiques dans le PIB a légèrement diminué pour atteindre finalement 7,2% en 2006.

**Graphique 3 : Dépenses de santé en % du PIB au Luxembourg entre 1970 et 2006**



Source : OCDE

Ce graphique montre très clairement que les dépenses de santé ont augmenté à un rythme de croissance supérieure à celui de l'ensemble de la création de richesse (à l'exception des années 2004-2006).

La part du vieillessement de la population n'a eu pour l'instant qu'un impact limité sur la croissance des dépenses. Particulièrement parce que le Luxembourg a connu une explosion de l'emploi frontalier. Le tableau ci-dessous montre que la proportion des personnes âgées de plus de 65 ans dans la population résidente n'a augmenté que de 3 points de % en 50 ans passant 10,8% de la population en 1960 à 13,9% de la population résidente en 2010. Entre 1981 et 2010, la proportion des personnes âgées de plus de 65 ans est restée relativement stable, puisqu'elle n'a augmenté que de 0,4 points de %. De manière symptomatique, la proportion des personnes âgées entre 65 et 79 ans a même diminuée entre 1981 et 2010, passant de 11,3% en 1981 à 10,3% en 2010.

**Tableau 1 : Evolution de la structure par âge de la population (en %)**

Classes d'âge	1960	1981	2001	2010
<b>0-24 ans</b>	34,5%	34,2%	30,4%	29,6%
<b>25-64 ans</b>	54,7%	52,2%	55,7%	56,4%
<b>65-79 ans</b>	9,3%	11,3%	10,9%	10,3%
<b>&gt;80ans</b>	1,5%	2,2%	3,0%	3,6%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Source : Statec

Ces chiffres concernent la population résidente et ne tiennent donc pas compte de la part très importante des travailleurs frontaliers dans l'emploi intérieur total (plus de 40% de la population active en 2009). Les travailleurs frontaliers ont une moyenne d'âge inférieure à celle des travailleurs résidents. Le système de soins de santé au Luxembourg bénéficie donc d'un apport important de cotisations étant donné que les populations plus jeunes sont moins, voire peu consommatrices de soins de santé. Il est donc surprenant de constater que la situation financière de l'assurance maladie-maternité est malgré cela en déficit.

C'est plutôt du côté du progrès technique médical et surtout de la hausse généralisée du niveau de vie et de revenus qui est à l'origine de ce phénomène d'augmentation substantielle de la part des dépenses de santé dans le PIB. L'élasticité-revenu, c'est-à-dire la variation en pourcentage de la dépense de santé consécutive à une augmentation de 1 point de % du revenu réel dans la plupart des pays développés est supérieure à l'unité. Une élasticité-revenu supérieure à l'unité est caractéristique des biens et des services dits « de luxe », c'est-à-dire des biens et des services pour lesquels la consommation augmente proportionnellement plus vite que le revenu (lorsque le revenu augmente de 1%, la consommation des biens et des services de santé augmente de plus de 1%).

Quant au progrès technologiques, ils obéissent à une loi des rendements décroissants. Cette loi caractérise les situations où une augmentation de l'utilisation de tous les facteurs de production, dans une proportion donnée, se traduit par un accroissement du produit dans une proportion moindre. Ces rendements décroissants ont pour conséquence inévitable l'augmentation à long terme du coût moyen. Par exemple, si on applique un test de dépistage (aussi performant soit-il) pour une pathologie relativement rare, il faut consacrer des ressources croissantes pour trouver un cas supplémentaire.

**Au cours des prochaines années, le Luxembourg devra faire face à un défi démographique majeur : celui du vieillissement à la fois des assurés résidents et des assurés non-résidents. Ceci aura des conséquences financières très importantes que, en l'état actuel, le système de soins de santé ne pourra assumer.**

**Cette évolution doit être planifiée dès à présent, étant donné que le système de soins de santé actuel combine un niveau de dépenses pour soins de santé par habitant parmi les plus élevées du monde couplé avec un financement presque intégral de ces soins de santé par des fonds publics.**

**1ERE PARTIE : SOIGNER MIEUX...**

Pour l'UDEL, il est indispensable d'augmenter l'efficacité du système de santé national. Le défi consiste à concilier deux critères qui, à première vue, sont en contradiction l'un par rapport à l'autre : celui d'assurer, pour des raisons liées à la cohésion sociale, une médecine de qualité, accessible à l'ensemble de la population et celui de maintenir un système financièrement abordable ("Soigner mieux...") et répondant à une utilisation rationnelle des ressources financières ("...en dépensant moins").

Pour cela, l'UDEL propose notamment de réformer l'assurance maladie en menant à bien des réformes structurelles visant un gain d'efficacité du système à moyen et long terme. L'accent doit être mis tout particulièrement sur les relations de la CNS avec les établissements hospitaliers et les prestataires de soins.

**De façon générale, l'approche prônée par l'UDEL s'appuie sur une responsabilisation accrue de toutes les parties prenantes**

## UNE MEILLEURE OFFRE DE SOINS

### **Le conventionnement des prestataires de soins**

Au Luxembourg, tous les prestataires de soins sont obligatoirement conventionnés et, à ce titre, sont obligés de respecter les nomenclatures et les tarifs maxima tels qu'ils sont définis par les lois, règlements, conventions et statuts en vigueur. A ce stade le conventionnement obligatoire est associé à une liberté thérapeutique absolue.

En raison des perspectives d'un revenu conséquent, le Grand-Duché attire de plus en plus de médecins établis dans les régions limitrophes. Alors que le nombre de médecins dépassent dans certaines spécialités et régions de loin les besoins réels de la population, toutes les études menées dans le domaine de la démographie médicale démontrent, sans grande surprise, que les coûts de la santé évoluent parallèlement à l'augmentation de la densité médicale. En effet, le conventionnement obligatoire ne pose aucun frein à la démographie des prestataires, augmentant ainsi le risque de dérive financière et de la surmédicalisation induite par une offre trop importante. Il ne limite pas par ailleurs le phénomène que les médecins se concentrent dans les régions du pays à forte population et délaissent les régions les plus rurales. Le conventionnement obligatoire n'est par ailleurs pas de nature à instituer une garantie quant à la qualité des soins dispensés par les prestataires.

Il coule partant de source que le système de conventionnement des médecins avec la CNS doit être revu pour y introduire davantage de sélectivité s'inscrivant à la fois dans une logique de restriction de l'offre et d'une qualité des soins dispensés, en l'adaptant aux besoins réels de la population du Grand-Duché.

Le contrôle de l'offre médicale n'a nullement comme but de restreindre l'accès des patients aux soins de santé, mais bien de limiter l'offre médicale aux besoins de la population du Grand-Duché.

Finalement le contrôle du nombre de prestataires ne doit pas se limiter aux médecins. D'autres prestataires de soins de santé, tels les kinésithérapeutes, se sont installés en grand nombre au Luxembourg ces dernières années sans qu'il y ait un réel besoin médical. Pour ces prestataires une planification des besoins et, le cas échéant, une restriction de leur nombre s'impose donc aussi.

### **Les nomenclatures des prestataires**

Un certain nombre de nomenclatures, notamment celles des actes médicaux et médicaux dentaires, des laboratoires sont surannées et ce tant en raison tant de l'évolution de la médecine et des actes thérapeutiques que des progrès technologiques.

Cet état des choses a comme conséquence que nombre actes sont surpondérés alors que d'autres mériteraient d'être davantage valorisés.

Alors que la nomenclature constitue un maillon central des systèmes de rétribution des différents prestataires, notre système de santé doit se doter d'un outil retravaillé dans le but d'augmenter et la transparence et l'équité du système. A défaut, le système prêtera davantage encore aux déviations des prestataires pour devenir ingérable à terme.

### **Les médicaments**

Les études récentes de l'OCDE constatent que l'accroissement des dépenses publiques et privées en produits pharmaceutiques a été ces dernières années l'un des principaux facteurs de progression des dépenses de santé dans nombre de pays de l'OCDE.

D'après les données de la CNS, les frais de médicaments en ambulatoire et hospitalier sont également en progression continue au Luxembourg. Ainsi, l'augmentation de 2009 à 2010 est estimée à 6%. Pour l'année 2010 le budget des médicaments en ambulatoire prévoit un montant total de 170 millions euros. Ces dépenses de médicaments en ambulatoire constituent 12% des prestations en nature sans tenir compte des médicaments hospitaliers, estimés à 50 millions euros, ce qui ajuste notablement l'importance de ce groupe. En considérant plus particulièrement les prestations en nature, cette position représente le 4<sup>e</sup> groupe de dépenses importantes après les soins hospitaliers, les honoraires médicaux et les conventions internationales. Puisque des informations précises relatives à la consommation hospitalière de médicaments font défaut, l'analyse des dépenses ne peut produire des résultats exhaustifs satisfaisants.

L'objectif ultime pour la CNS doit consister à réduire toute consommation médicamenteuse superflue ou inutilement onéreuse. Par conséquent, il faudra procéder dans un premier temps à une campagne de sensibilisation et de responsabilisation de tous les acteurs, notamment aussi pour les assurés afin de le informer sur les risques de santé liés à sa consommation régulière de certaines substances auxquelles le recours semble trop facile et répandu ainsi que sur l'efficacité de médicaments de substitution moins coûteux mais avec le même effet thérapeutique que les originaux.

Les organisations patronales approuvent aussi la proposition de vouloir modifier le système actuel des sanctions par l'introduction de normes à définir et à appliquer. Néanmoins en l'absence de propositions élaborées, il est fort douteux que le nouveau système de sanctions présentera des avantages en termes d'économies, tout en créant des contraintes administratives supplémentaires pour la CNS.

L'UEL adhère à l'approche de coresponsabilité de tous les acteurs du système en matière de distribution des médicaments, telle que celle-ci a été exposée dans le rapport final du groupe de travail « médicaments » du 11 mars 2010, approche qui a comme but de garantir la même qualité de traitement à un coût modéré. L'assuré reste dans ce cadre libre de recourir à un médicament plus cher sous peine de voir augmenter sa participation, le remboursement se limite au taux appliqué à la base de remboursement déterminée statutairement.

Les organisations patronales approuvent l'introduction d'une base de remboursement, système qui existe déjà en France et en Belgique et espère que cette mesure permettra à terme de faire également diminuer les prix surfaits de certains médicaments brevetés.

Evidemment ce système ne pourra fonctionner que si les différents acteurs assument chacun leur part de responsabilité et se déclarent prêts à faire fonctionner le système. Sous la forme actuelle, le projet de loi reste flou, voire laisse encore une trop grande marge de manœuvre et n'impose aucune obligation de résultats aux prestataires.

Une solution alternative consisterait à négocier des achats groupés auprès de l'industrie pharmaceutique. La réduction du coût des médicaments pourrait être atteinte d'une autre manière que par la substitution. Ainsi, le Ministère de la sécurité sociale et le Ministère de la Santé pourraient négocier une enveloppe globale du coût des médicaments directement avec l'industrie pharmaceutique.

### **Les laboratoires**

Le secteur des laboratoires extrahospitaliers a connu des mutations profondes au cours des années écoulées. Ainsi, les laboratoires privés extrahospitaliers ont connu un essor certain et une modernisation remarquable dans cette évolution, ainsi que le Laboratoire National de Santé (LNS).

Il y a lieu d'introduire un critère de qualité objectif, condition obligatoire pour le remboursement des actes de biologie médicale par la CNS. En adoptant des normes internationales reconnues, le Luxembourg pourrait se positionner à un niveau compétitif vis-à-vis des laboratoires étrangers et la CNS garantirait une qualité d'un niveau international reconnu à sa population protégée.

Il y a lieu de mettre sur un pied d'égalité les laboratoires en ce qui concerne la prise en charge des analyses (ambulatoires). Dorénavant, les analyses ambulatoires effectuées par les laboratoires hospitaliers se trouvant dans l'enceinte de l'hôpital devront être prises en charge à l'acte sous condition que si un hôpital souhaite dorénavant continuer à effectuer ce genre d'activité, il devra la financer de ses propres moyens (y compris le personnel, les investissements pour son équipement et pour ses immeubles). Un contrôle strict des activités de laboratoire ambulatoires et stationnaires des hôpitaux (notamment via le biais d'une comptabilité analytique) devra s'assurer que ces derniers ne fassent pas passer les analyses ambulatoires soumises à limitation comme des actes stationnaires non-soumis à limitation.

Vu qu'un tel changement de système avec introduction d'une vraie comptabilité analytique à l'intérieur d'un même service (le laboratoire hospitalier) pour deux types d'activités (ambulatoire/stationnaire) dans un environnement qui n'a pas l'habitude de comptabiliser par postes de frais semble peu réaliste dans un délai aussi court que prévu, mieux vaudrait trouver une solution qui limitera les actes dès leur prescription par



- une sensibilisation du médecin traitant, respectivement des sanctions à la prescription au lieu des sanctions actuelles unilatérales à l'exécution.
- la mise en commun des données d'analyses de biologie médicale sur un serveur de résultats accessibles par les médecins afin d'éviter des doubles prescriptions.

Dans un souci de rationalisation et de mise en concurrence des laboratoires hospitaliers, il devra être créé un seul laboratoire géré par tous les hôpitaux qui se limitera aux seules analyses stationnaires. Dans ce cadre il y a à vérifier, si le bâtiment en construction prévu pour le LNS ne pourrait pas être utilisé pour abriter ce seul et unique laboratoire hospitalier. Faut-il rappeler qu'on est déjà en train de construire un bâtiment pour le LNS sans savoir quelles seront ses compétences et tâches ?

Pour ce qui est du LNS, il devra limiter ses activités au contrôle des aliments, des produits, de contribuer à réaliser les expertises requises pour l'examen des demandes d'autorisation de mise sur le marché (AMM) des médicaments et des réactifs, des aliments et de tout produit de manufacture ainsi qu'à des activités de formation et recherche (et non opposable à la CNS). Les analyses médicales effectuées aujourd'hui par le LNS devront dorénavant être faites par les autres acteurs nationaux, respectivement en ce qui concerne les analyses rares et plus compliquées en collaboration avec des laboratoires internationaux.

Enfin, une fois qu'un traitement égalitaire est garanti entre les deux secteurs, il y a lieu de réformer en fonds la nomenclature des laboratoires. S'il est vrai que certains actes sont sous-évalués, il est aussi vrai que beaucoup d'autres sont, en raison de la haute automatisation des analyses, totalement surévalués. Cette réforme devra avoir comme conséquence de baisser significativement les coûts et, par conséquent, les dépenses de tout le secteur.

Tandis que les laboratoires hospitaliers bénéficient de forfaits négociés avec la Caisse Nationale de Santé (CNS), les laboratoires privés extrahospitaliers sont remboursés à l'acte sur base d'une nomenclature et d'une lettre-clé. Ces actes ne sont pris en charge par la CNS pour les laboratoires privés qu'à raison de douze maximum par ordonnance –sauf dérogation. Cette mesure d'économie pour la CNS vaut aussi bien pour les analyses exécutées par un laboratoire hospitalier que par un laboratoire extrahospitalier.

Au final, l'UEL souhaite qu'une meilleure répartition des tâches soit effectuée en matière d'analyses médicales. D'un côté, les analyses en urgence doivent continuer à être effectuées au sein des hôpitaux. Les analyses stationnaires non urgentes doivent être effectuées au sein des hôpitaux qui devraient à terme se regrouper pour réaliser des économies d'échelle. Mais toutes les autres analyses (secteur ambulatoire) devraient pouvoir être réalisées par des laboratoires privés.

Il serait souhaitable que le LNS s'inscrive dans une stratégie cohérente d'organisation d'analyse médicale. Il faut dans tous les cas éviter que le LNS n'empiète sur les activités des laboratoires hospitaliers et extrahospitaliers décrites ci-avant et ne bénéficie d'une exclusivité pour certaines analyses qui seraient ensuite sous-traitées à l'étranger tandis qu'il existe au Luxembourg des entreprises qui pourraient les réaliser.

## **La prise en charge directe**

La santé est notre bien le plus précieux. Mais la santé à aussi un prix. Il est temps d'abandonner l'idée de la gratuité des services de santé, idée bien répandue dans le public. Concernant le principe de l'introduction d'un système dit du tiers payant généralisé, cela ne ferait que renforcer l'idée de la gratuité des services de santé et un des derniers freins à la consommation sans limite tomberait. La situation financière de l'assurance maladie est suffisamment critique pour nécessiter une prise de conscience accrue auprès des tous les acteurs sur le coût qu'ils constituent pour le système. Le tiers payant couvre déjà actuellement un large éventail de services et soins de santé notamment une partie des soins hospitaliers, les médicaments et les analyses médicales. Comme le démontrent d'ailleurs les chiffres ce sont ces trois postes qui sont à l'origine de l'explosion des coûts du système de l'assurance maladie.

Par conséquent, les organisations patronales s'opposent à l'introduction d'un système dit du tiers payant généralisé. Elles rappellent par contre leur revendication exprimée de longue date, d'informer tous les assurés annuellement sur les coûts de santé qu'ils ont occasionnés à l'assurance-maladie pendant la période écoulée.

Quant au souhait du législateur d'introduire un système dit du tiers payant social pour les assurés à faible revenu, les organisations patronales peuvent l'accepter sous quatre réserves :

- les modalités de prise en charge seraient à fixer par les statuts de sorte de se limiter strictement à un cercle de bénéficiaires bien défini et restreint ;
- les prestataires de soins de services doivent accepter le tiers payant social sans demander en contrepartie un paiement pour « service rendu » à l'assurance-maladie ;
- il faudra mettre sur pied un système de contrôle strict et efficace des prestations effectuées sous le tiers payant social afin d'éviter des abus tels qu'intervenues récemment en Belgique où une soixantaine de médecins dentistes ont écopé d'une sanction administrative alors qu'ils sont accusés d'avoir abusé du recours au tiers payant, qui permet aux patients moins nantis d'accéder aux soins sans frais ;
- la fermeture de toutes les agences de la CNS. Faut-il en effet rappeler, que la CNS a maintenu (malgré l'objectif de fusion) un réseau d'agences coûteux dont l'utilité est discutable et ceci en premier lieu pour venir à la rencontre des personnes à revenu faible ? Les organisations patronales refusent toute mesure additionnelle grevant davantage les frais administratifs de la CNS et insiste sur le caractère de double emploi que représenterait l'introduction du tiers payant social et du maintien des agences de la CNS. L'argument de vouloir transformer les agences de la CNS en agences multifonctionnelles de la sécurité sociale est aussi à rejeter en raison de son coût, de ses problèmes au niveau de l'organisation et de moyens d'informations alternatifs.

## **Le dossier personnel de santé et le partage des données**

Les représentants patronaux plaident depuis des années pour l'introduction d'un dossier personnel de santé et le partage de données et soutiennent en conséquence de renforcer les efforts dans ce domaine.

Selon notre compréhension, le dossier personnel de santé ainsi que le partage de données seraient donc implémentés par l'agence nationale des informations partagées. Il est cependant important de définir et de fixer les buts de hauts niveaux lors de la réforme actuellement en discussion.

Le dossier personnel de santé et le partage des données doivent s'inscrire dans une politique de santé nationale visant à réduire les coûts tout en assurant des soins de qualité. La définition du dossier personnel de santé ou du partage de données ne peut être laissé intégralement à la charge des représentants de l'agence, qui pour une majorité sont aussi des prestataires de santé. L'agence en question devra donc s'occuper principalement de la mise en place et non pas de la définition du projet.

Le dossier personnel de santé patient est en discussion depuis des années, cependant aucun résultat concret n'est établi à ce jour. Quelles en sont les raisons ? L'UEL estime que l'absence d'une définition claire des buts recherchés ainsi que l'établissement d'un calendrier fixe sont à la base de l'échec de cette discussion.

Dans le contexte du dossier personnel, on retrouve dans l'exposé des motifs que le projet s'étalera sur « au moins 5 ans ». Concernant la mise en place du partage de données, l'UEL demande qu'un calendrier précis soit élaboré et que l'agence en question soit obligée de respecter ces délais.

L'UEL plaide pour qu'un minimum de fonctionnalités soit implémenté :

- harmonisation des systèmes informatiques des hôpitaux permettant l'échange et le partage de données
- centralisation de toutes les informations relatives à la santé de l'assuré, incluant l'imagerie, les analyses laboratoires, visites médicales, les prescriptions.
- accès protégé « online » et identifié du corps médical avec double authentification (par exemple carte patient + carte docteur / identification et historique des accès)
- possibilité pour le patient de visualiser le contenu de son dossier
- utilisation de ces données à des fins de surveillance et de statistiques : consommation, détection de surconsommation et fraude, redondance de traitements.
- création d'un « data-warehouse » de la santé au Luxembourg. En anonymisant les données, toutes sortes de statistiques pourront être effectuées sans pour autant violer la législation sur la protection des données. Ces statistiques permettront en outre d'effectuer des analyses de coût-efficacité afin de garantir l'efficacité économique des soins hospitaliers.

- harmonisation des systèmes et des normes comptables dans le milieu hospitalier permettant une transparence absolue et garantissant une comparabilité entre hôpitaux.

Il est évident et indispensable que tous les prestataires, incluant les médecins, kinésithérapeutes, hôpitaux, laboratoires et pharmacies devront être dans l'obligation d'utiliser un système identique afin d'optimiser la démarche. Tout investissement, via les budgets de la CNS ou de l'Etat, n'étant pas conforme à la mise en place d'un tel système devra être catégoriquement refusé.

Il semble illusoire de vouloir implémenter ces projets à court ou même moyen terme. Cependant, il est important de prévoir dès le départ un système qui pourra évoluer et ceci sans engendrer des coûts redondants. Une stratégie comportant des objectifs à court terme et clairement définis devra être mise en place rapidement.

### **Le financement des prestations de maternité**

Le projet de loi prévoit le remplacement du financement direct actuel de l'Etat par une participation par celui-ci aux cotisations en incluant les prestations de maternité dans le financement normal par cotisation, à l'instar de tous les autres risques couverts par la CNS.

Le texte prévoit encore d'honorer sa participation au niveau de 2010 de façon à ce que les augmentations du coût de l'assurance maternité seront assumées de façon tripartite. En d'autres termes, les partenaires sociaux devront assumer à l'avenir les frais d'assurance maternité ; ce qui constitue un revirement de l'approche de la politique en la matière qui est inacceptable pour les organisations patronales. Il n'est pas légitime en effet de transférer à terme des charges à la CNS pour alléger les finances publiques. Il aurait été beaucoup plus judicieux au contraire de contrecarrer l'explosion des coûts qui résultent notamment de la pratique très répandue dans certains secteurs de dispenser purement et simplement les personnes enceintes de leur travail.

La dotation spéciale maternité que l'Etat prévoit d'allouer à la CNS pour pallier à l'insuffisance de sa contribution future (en l'occurrence 40% des cotisations) est insuffisante alors qu'il résulte des chiffres de l'IGSS que la neutralisation de l'impact de cette modification nécessiterait une dotation de l'ordre de 34 Mio EUR et non de 20 Mio EUR comme cela est prévu actuellement.

Pour toutes ces raisons, l'UEL se doit de réfuter l'approche du ministre.

## UNE RATIONALISATION DE L'OFFRE HOSPITALIERE

### **La planification hospitalière**

Aujourd'hui la planification hospitalière concernant les nouvelles structures ou services se fait au niveau du Ministère de la Santé, la CNS est demandée en son avis à travers notamment la Commission Permanente des Hôpitaux (CPH). Or chaque nouvelle structure, chaque nouveau service engendre des frais inhérents (personnel, équipement, amortissement, etc.) qui sont à la charge exclusive de la CNS. Par conséquent, la CNS doit avoir un droit de regard sur les décisions en la matière, voire même un pouvoir de codécision.

Notre pays dispose toujours d'un surplus de lits stationnaires mais aussi de services hospitaliers vis-à-vis de ses besoins médicaux réels. Ceci est mis en évidence par la comparaison avec des pays étrangers ayant une population indigène semblable. Ainsi d'après, l'OCDE au Luxembourg, le nombre de lits d'hôpitaux pour soins aigus est de 4.5 par milliers d'habitants en 2008, un nombre supérieur à la moyenne des pays de l'OCDE (3.6 lits), alors que la réduction du nombre de lits d'hôpitaux dans la plupart des pays de l'OCDE au cours des 20 dernières années a coïncidé avec une réduction de la durée moyenne des séjours à l'hôpital et une augmentation du recours à la chirurgie de jour. Réduire le nombre de lits aigus au niveau de la moyenne de l'OCDE représenterait une réduction 450 lits aigus au cours des prochaines années (soit une réduction de 20%) avec pour conséquence une réduction sensible des effectifs et des dépenses en matière hospitalière de l'ordre de 100 millions EUR par an.

La diffusion des technologies médicales modernes est l'un des facteurs principaux de l'augmentation des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE. Par exemple, le nombre d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) utilisés pour diagnostiquer de nombreuses maladies a fortement augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE au cours des 10 dernières années (Eco-Santé OCDE 2010 : Comment le Luxembourg se positionne). Au Luxembourg, le nombre d'IRM est passé de 1 en 2000 à 6 en 2008.

Il y a donc lieu de remettre en question toutes les structures et services hospitaliers existants et de réduire leur nombre le cas échéant. Les plans hospitaliers successifs n'ont malheureusement été qu'une reconduction d'une situation existante assurant à chaque établissement hospitalier l'offre de la gamme la plus vaste de services. Le déploiement d'une véritable stratégie s'impose désormais dans le double but de spécialiser davantage les hôpitaux au regard des services offerts et dans le souci de garantir une meilleure qualité des prestations ce qui devra aboutir dans une réforme de la loi hospitalière, réforme qui n'est pas prévue par le projet de loi portant réforme du système des soins de santé.

De même, la mise en place d'une filière de soins à l'intérieur des établissements, mais aussi entre les hôpitaux, la création de centres de compétences et le renforcement de la coopération transfrontalière, qui sont à soutenir, ne devra pas avoir comme conséquence l'ouverture de nouvelles structures à côté des structures existantes, mais bien la fermeture éventuelle des

structures superflues. Des marges de manœuvre subsistent donc en ce qui concerne la rationalisation des services et des actes médicaux au sein des hôpitaux.

Or même si le projet de loi prévoit la création de ces différents instruments, il reste malheureusement lettre morte quant à la transposition effective de ces derniers.

Quant à l'organisation commune de certaines activités hospitalières, il est impératif de commencer à centraliser les activités administratives. Ainsi, les hôpitaux devront utiliser le même software informatique et renforcer leur coopération en matière d'achat en commun de médicaments et des équipements et fournitures pour tous les hôpitaux.

L'organisation commune d'autres activités doit être réalisée tels les analyses biologiques, les services de stérilisation. L'outsourcing en commun doit être réalisé pour les activités telles que le *catering*, le nettoyage etc.

### **La chirurgie ambulatoire**

Dans de nombreux domaines, il est impératif de renforcer la tendance (trop timide à ce stade) vers plus de chirurgie ambulatoire. L'UEL constate et regrette l'attitude défensive du Ministre et des hôpitaux envers cette nouvelle approche. Par ailleurs, il existe d'autres activités qui ne doivent pas être exclusivement effectuées en milieu hospitalier, notamment la radiologie.

La chirurgie ambulatoire doit être renforcée et constituer à terme le mode d'intervention standard pour la grande majorité d'intervention chirurgicales. Cette approche doit nécessairement aboutir à une réduction en parallèle du nombre des lits aigus dans les hôpitaux.

### **La démographie médicale en milieu hospitalier**

Le principe de la limitation de l'offre doit aussi jouer dans l'agrément des médecins en milieu hospitalier. Seul le nombre de médecins correspondant aux besoins médicaux réels doit recevoir un agrément dans les hôpitaux et leurs actes seuls doivent être opposables à la CNS. D'ailleurs en réajustant la planification hospitalière en renforçant l'ambulatoire, les filières de soins, les centres de compétence et la coopération transfrontalière, les besoins réels en médecins agréés dans les hôpitaux luxembourgeois devraient encore diminuer. De plus, en instituant au Luxembourg des critères de qualité des soins reconnus à l'étranger, les interventions multiples souvent nécessaires pour un même patient devraient pouvoir être réduites et par la même occasion avoir un certain effet positif sur la démographie médicale.

Il est donc à saluer que le projet de loi prévoit la possibilité d'une limitation des médecins agréés dans les hôpitaux. Néanmoins, ce même projet de loi dispose que leur nombre sera dorénavant prédéfini dans le cadre du budget hospitalier, qui sera dans le futur fixé par le

Ministère et non plus négocié par la CNS. Donc les représentants des entreprises perdent tout moyen de contrôle et de décision.

Dans le futur, chaque contrat d'agrément devra aussi prévoir des sanctions (financières voire l'exclusion de l'hôpital du médecin concerné) en cas de non-respect de la bonne gestion financière des ressources de l'hôpital. L'instauration de médecins-coordonateurs doit être saluée dans la mesure où ceux-ci s'inscriront dans une logique tendant à renforcer l'organisation structurée de la médecine en milieu hospitalier. Pour ce faire les médecins coordonnateurs devront être incorporés dans la hiérarchie interne des hôpitaux et avoir le pouvoir de donner des directives aux autres médecins agréés ainsi qu'au personnel soignant en vue d'une utilisation rationnelle des ressources de l'hôpital. Ils doivent servir de charnière entre une véritable direction médicale des hôpitaux et les différents intervenants (corps médical, paramédical, etc.).

### **La budgétisation des établissements hospitaliers**

Les représentants patronaux soutiennent l'approche de la consolidation des budgets des différents hôpitaux dans le but de contraindre les hôpitaux à une collaboration plus cohérente.

A ce jour les hôpitaux bénéficient de plusieurs sources de financement et il est difficile de générer une vue globale des finances du secteur hospitalier. L'UEL plaide pour une consolidation de tous les budgets permettant ainsi une vue transparente sur les projets et leur financement.

La base de l'explosion des coûts dans le secteur hospitalier semble liée à l'absence d'une coordination volontariste des missions et spécialisations des hôpitaux. L'UEL plaide pour une définition claire et sans équivoque des missions de chaque hôpital. Tout budget ou remboursement d'actes non conformes aux missions attribuées devra être refusé.

A ce jour les hôpitaux ont tendance à autofinancer des services ou du matériel dont le financement est refusé par la CNS ou le ministère de la Santé. Cependant, ces services et équipements génèrent des coûts indirects, comme par exemple des frais de personnel, administratifs ou de maintien, qui sont en fin de compte financés par la CNS. L'autofinancement de services n'étant pas conforme aux missions attribuées devrait être interdit ou il faudra s'assurer que les coûts directs et indirects de ces services ne soient nullement portés par la CNS ou autres budgets de santé.

Indépendamment de l'attribution des missions, les hôpitaux ont aujourd'hui tout intérêt à générer le plus d'interventions possible (par exemple en occupant un maximum de lits). La réforme de l'assurance maladie devra par conséquent introduire un nouveau système d'attribution de budgets, qui ne doit en aucun cas se limiter à une comptabilisation des traitements ou de lits occupés.

## **La comptabilité analytique**

Un des principaux piliers permettant une bonne gestion financière est la comptabilité analytique.

Il importe d'introduire une comptabilité analytique qui ne se limite pas à une répartition des coûts par clés définies sur base de surfaces utilisées.

En premier lieu, il est nécessaire de définir une seule norme de comptabilité analytique pour tous les hôpitaux. Effectivement à ce jour, les hôpitaux ont implémenté leur propre vision d'une comptabilité analytique et les chiffres ne sont actuellement pas comparables entre hôpitaux. Il importe de produire une comptabilité qui permette une vue d'ensemble sur tous les investissements, leurs tableaux d'amortissements et ceci dans une transparence parfaite.

A court et moyen terme, il faudra introduire les mêmes systèmes informatiques de gestion financière dans tous les établissements. Ceci apportera une standardisation qui facilitera l'échange de statistiques, la comparaison entre hôpitaux et avant tout l'analyse des chiffres par la CNS. Afin d'éviter des investissements redondants, la coordination et la mission de la mise en place devra être attribuée à l'agence de partage de données. Celle-ci devra garantir une parfaite intégration avec le projet portant sur le partage de données et encore le dossier personnel de santé.

A moyen terme le but doit être d'implémenter une comptabilité permettant d'analyser chaque acte individuellement au sein de l'hospitalier. A long terme ceci permettra l'introduction d'une nomenclature des soins hospitaliers, garantissant ainsi la transparence financière du milieu hospitalier.

Cette approche permettrait de définir un *benchmark* pour les coûts des actes effectués en milieu hospitalier. Elle permettrait aussi de procéder à des comparaisons avec des hôpitaux situés dans la Grande Région et de réaliser à terme une convergence des coûts avec les établissements comparables situés de l'autre côté de la frontière.

Il convient de noter que la législation et la jurisprudence européennes ne manqueront pas de requérir à terme une connaissance du coût par acte effectué en milieu hospitalier.

## **Le Comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières**

Une bonne médecine ne se définit pas seulement par le nombre de soins de santé auxquels un assuré peut recourir mais aussi sur la qualité des soins offerts. Même s'il est vrai que certains contrôles de qualité sont effectués au Luxembourg, ces derniers se limitent souvent à la qualité de gestion des hôpitaux et non à la qualité des traitements et soins, alors que le manque de qualité peut entraîner un prolongement des soins respectivement la répétition inutile des actes, ce qui bien sûr renchérit davantage le système.



Le plan hospitalier ainsi que le projet prévoient la création d'un comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières et introduisent l'obligation pour les hôpitaux de mettre en place des comités d'évaluation au niveau de chaque établissement.

Ce comité a comme objectif de faire mettre en place par les établissements hospitaliers des mesures et instruments de gestion de risques, d'évaluation et de la qualité des prestations effectuées ainsi que la prévention, le signalement et la lutte contre les événements indésirables, y inclus la prévention et le contrôle de l'infection nosocomiale.

Les organisations patronales pensent que l'utilité de cet organe est justifiée en ce sens que des normes pour la qualité des prestations dans les hôpitaux seront enfin créées ce qui exige évidemment un apport en qualité de tous les prestataires. Néanmoins, la question de la valeur ajoutée des multiples organes de pilotage mis en place par voie légale mérite toutefois d'être posée.

Afin d'accroître la transparence en matière d'évaluation de la qualité en milieu hospitalier, l'UEL demande de publier les performances des différents hôpitaux mesurées sur la base de normes de qualité reconnues.

L'UEL, tout en saluant donc la création d'un tel comité national, insiste pour que la coordination de l'assurance qualité ne se limite pas seulement aux prestations dispensées par le personnel hospitalier, mais englobe également les actes médicaux.

Il faut donc que les prestataires se basent dans le futur sur des critères internationaux de qualité reconnus dans leurs traitements, reprenant notamment les droits des patients et leurs informations, la santé digitale, le temps d'attente pour bénéficier d'un traitement (accès), les résultats en terme de santé des soins effectués, l'éventail et la portée des services offerts, les produits pharmaceutiques utilisés, etc.

### **La Commission permanente du secteur hospitalier**

La Commission Permanente pour les Hôpitaux (CPH), qui exerce des fonctions consultatives auprès des Ministres de la Santé et de la Sécurité Sociale, a pour mission de donner son avis sur:

- les projets de plan hospitalier,
- l'aide financière accordée par l'État aux investissements hospitaliers,
- les modifications concernant les services hospitaliers (autorisations, réductions ou suppressions de services),
- les normes d'aménagement et d'organisation des établissements hospitaliers,
- les projets d'établissement et de modification du plan comptable hospitalier,

- et en général sur tout ce qui touche le secteur hospitalier.

Les partenaires sociaux, membres du comité directeur de la CNS, sont représentés au nombre de quatre à la CPH. Par l'intermédiaire de la Commission Permanente pour les Hôpitaux, le département de la sécurité sociale et la Caisse Nationale de Santé (CNS, anciennement UCM), ils ont donc la possibilité d'exprimer leur opinion sur tout ce qui touche l'organisation d'activités hospitalières que la sécurité sociale est amenée à financer.

Or, le projet de loi prévoit de diminuer le nombre des représentants de la CNS à trois (dont le président) et d'augmenter le nombre des représentants du ministre de la santé et de la sécurité sociale de trois à quatre. On assiste donc à nouveau à une diminution de la prise d'influence des partenaires sociaux dans la procédure de consultation de l'organisation du secteur hospitalier alors que leurs ressortissants devront supporter la majeure partie des recettes.

En conclusion, les dérives du système actuel risquent d'être amplifiées au lieu de prendre davantage en compte les considérations de gestion rationnelle.

**2EME PARTIE : ... EN DEPENSANT MOINS**

## **LE SYSTEME DE FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE**

Lors de la réunion plénière du comité directeur de la Caisse nationale de santé (CNS) du 11 novembre 2009, les membres du groupe patronal ont voté contre le projet de budget 2010 de l'assurance maladie-maternité. A travers ce vote, le groupe patronal a exprimé son profond désaccord face à l'artifice tendant à abaisser le niveau minimum de la réserve de la Caisse nationale de santé à 5,5 % de son budget annuel pour éponger ainsi un déficit estimé à environ 90 millions EUR pour l'année 2010.

Du point de vue de l'UEL, "soigner mieux en dépensant moins" signifie à la fois de refuser les artifices financiers de court terme et d'avoir le courage de mettre en oeuvre une stratégie financières visant un gain d'efficience à moyen et long terme

Le projet de loi prévoit d'intégrer le financement des soins de maternité dans le financement des soins de santé. Ce faisant, les auteurs laissent le soin aux organes de la CNS de remédier notamment à un certain nombre de dérives en matière de dispenses de services qui grèvent actuellement le budget de l'Etat. L'UEL réfute la possibilité que les cotisations patronales servent à terme à financer l'assurance maternité.

Le texte fixe de façon forfaitaire et tout à fait arbitraire la contribution de l'Etat à 40% des cotisations, ramenant ainsi celle-ci de l'ordre de 1,2% par rapport à l'an 2009. La justification pour cet allègement réside dans l'espoir que le système sera désormais moins coûtant en raison des réformes envisagées. Ce raisonnement est faux, sinon antiéconomique. Il est faux dans la mesure où l'Etat profitera des économies futures dans la mesure où son taux de participation s'appliquera le cas échéant à une assiette moins élevée. Il est antiéconomique dans la mesure où l'Etat s'approprie les bénéfices d'une réforme plus que timide aux dépens des autres parties prenantes, qui voient leurs cotisations augmenter sans limite pour le surplus. Il est pour le surplus mensonger alors que l'impact de cette modification est loin d'être neutre, comme cela est allégué par les auteurs du texte, ni pour l'Etat qui diminue ainsi sensiblement sa charge, ni partant pour les entreprises et les assurés.

Cette approche doit partant être strictement réfutée. Il est par ailleurs tout à fait inacceptable qu'une pareille proposition de changement de système ne soit accompagnée de données chiffrées.

## **RETABLIR L'EQUILIBRE FINANCIER DU SYSTEME DE SOINS DE SANTE**

**Le système de soins de santé constitue un élément essentiel de la qualité de vie et de la cohésion sociale du Grand-Duché. Pour pouvoir continuer à bénéficier du système de santé le plus généreux au monde, il est impératif de rétablir au plus vite l'équilibre financier du système de soins de santé.**

**En 2010, le système de soins de santé se trouve dans une situation de déficit. A politique constante, ce déficit sera récurrent tout au long de la décennie à venir et risque de s'aggraver sous l'effet conjoint du ralentissement économique général et de l'immobilisme des décideurs politiques<sup>3</sup>.**

**L'UEL souhaite donner un aperçu de la gravité de la situation, condition préalable et indispensable à la prise de décisions en matière de réforme du système de soins de santé.**

### **Quelle est la situation financière de l'assurance maladie-maternité à l'horizon 2014 ?**

Les prévisions du Ministère de la sécurité sociale sont claires : à situation constante le déficit cumulé de l'assurance maladie-maternité serait de 682 millions EUR en 2014.

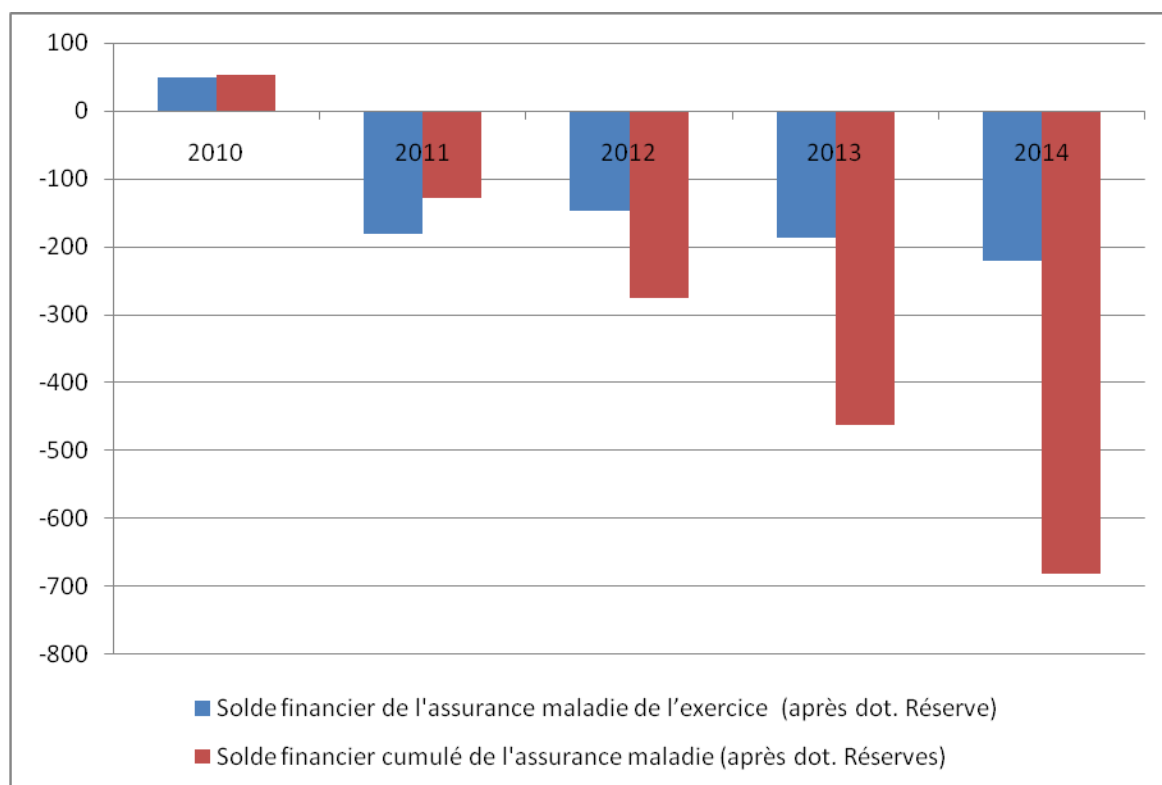
Le graphique et le tableau ci-dessous montrent clairement le déséquilibre structurel qui devrait se creuser entre les recettes courantes et les dépenses courantes de l'assurance maladie-maternité au cours de la période 2010-2014. Alors que, pour l'exercice 2010, l'assurance maladie-maternité présente un solde positif de 50 millions EUR, il devient négatif à partir de 2011 (-182 millions EUR) pour atteindre un déficit annuel de 221 millions EUR pour l'exercice 2014.

La situation semble encore plus dramatique lorsqu'on examine le solde financier cumulé en 2014 : à cette date, le déficit cumulé de l'assurance maladie-maternité atteindrait 682 millions EUR.

---

<sup>3</sup> Dans son projet de réforme du système de soins de santé, le gouvernement constate que : « *Si aucune mesure n'est prise, le déséquilibre financier de l'assurance maladie-maternité, en fait de la gestion des soins de santé, va s'aggraver dans les années à venir.* », projet de loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant: 1) le Code de la sécurité sociale et 2) la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, version du 30 septembre 2010, p. 40.

**Graphique 4 : Solde financier de l'assurance maladie-maternité par exercice financier et solde financier cumulé entre 2010 et 2014 (en millions EUR)**



Source : Projet de réforme du système de soins de santé

**Tableau 2 : Solde financier de l'assurance maladie-maternité par exercice financier et solde financier cumulé entre 2010 et 2014 (en millions EUR)**

<i>Exercice</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>
<b>Recettes courantes</b>	2 012	2 089	2 165	2 264	2 379
<b>Dépenses courantes</b>	2 046	2 167	2 298	2 436	2 585
<b>Solde des opérations courantes</b>	-33	-78	-134	-172	-206
<b>Dotations au fonds de roulement</b>	-84	104	13	14	15
<b>Solde de l'exercice après dotation au fond de roulement</b>	50	-182	-147	-186	-221
<b>Solde cumulé après dotation au fonds de roulement</b>	53	-129	-276	-462	-682

Source : Projet de réforme du système de soins de santé

Le budget connaîtrait un déficit annuel récurrent à partir de 2010 et ce déficit représentera presque 9% du budget de l'assurance maladie en 2014 comme l'indique le tableau ci-dessous. Une telle situation est structurellement insoutenable.

**Tableau 3 : Evolution du ratio entre le solde financier et les recettes courantes de l'assurance maladie-maternité entre 2010 et 2014**

<i>Exercice</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>
<b>Ratio solde de l'exercice de l'assurance maladie-maternité / dépenses courantes</b>	2,44%	-8,40%	-6,40%	-7,64%	-8,55%

Source : Projet de réforme du système de soins de santé et calculs UEL

L'UEL rappelle que les projections de déficit de l'assurance maladie-maternité repose sur des hypothèses macroéconomiques très optimistes. Le Ministère de la sécurité sociale et l'IGSS ont repris les prévisions de la 11<sup>ème</sup> actualisation du programme de stabilité et de croissance de février 2010 (tableau ci-dessous)

**Tableau 4 : Hypothèses de croissance du PIB et de taux de création d'emploi**

<i>Exercice</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>
<b>Croissance du PIB réel</b>	-4,1	2,5%	3,0%	2,7%	2,9%	3,1%
<b>Croissance de l'emploi</b>	1,2%	-0,5%	1,0%	1,6%	1,6%	1,6%

Source : Ministère des Finances

En d'autres termes, une croissance économique de l'ordre de 3% par an au cours de la période 2010-2014 serait insuffisante à assurer à elle seule l'équilibre financier du système de soins de santé.

**A court terme, la situation financière de l'assurance maladie-maternité est clairement insoutenable. Il faut se rendre compte qu'au terme de la tripartite qui s'est déroulée au printemps 2010, le Premier Ministre s'est engagé à atteindre l'équilibre des finances publiques en 2014 en réduisant le train de vie de l'ensemble des administrations publiques de 400 millions EUR par an. Mais ceci ne tenait pas compte de la situation financière de l'assurance maladie.**

**Etant donné la situation financière réelle de l'assurance maladie-maternité telle que présentée par le gouvernement dans son projet de réforme du système de soins de santé, il faudrait trouver environ 200 millions EUR supplémentaires tous les ans dès 2011.**

## Quelle sera la situation financière de l'assurance maladie à l'horizon 2020 ?

Dans son projet de réforme du système de soins de santé, le Gouvernement a choisi comme référence l'horizon 2014 pour des raisons évidentes : il s'agit de la date de la fin de la législature. Mais cet horizon n'est pas suffisant pour décrire l'ampleur de l'enjeu au niveau de la réforme du financement des soins de santé. C'est pourquoi l'UEL souhaite présenter une approche réaliste de la situation financière de l'assurance maladie-maternité à l'horizon 2020.

Retenir l'horizon 2020 comme référence permet de montrer plus distinctement que le Luxembourg se dirige inexorablement vers une aggravation très dangereuse de la situation financière de l'assurance maladie-maternité et que l'ampleur du défi à relever va bien au-delà de la mise en place de réformes de circonstance.

A politique constante, le déficit de l'assurance maladie-maternité devrait continuer de se creuser au-delà de 2014. Selon les calculs de l'UEL, à l'horizon 2020, le déficit annuel de l'assurance maladie-maternité devrait dépasser les 400 millions EUR par an. Le déficit cumulé au cours de la décennie 2010-2020 serait de 2,8 milliards EUR en 2020.

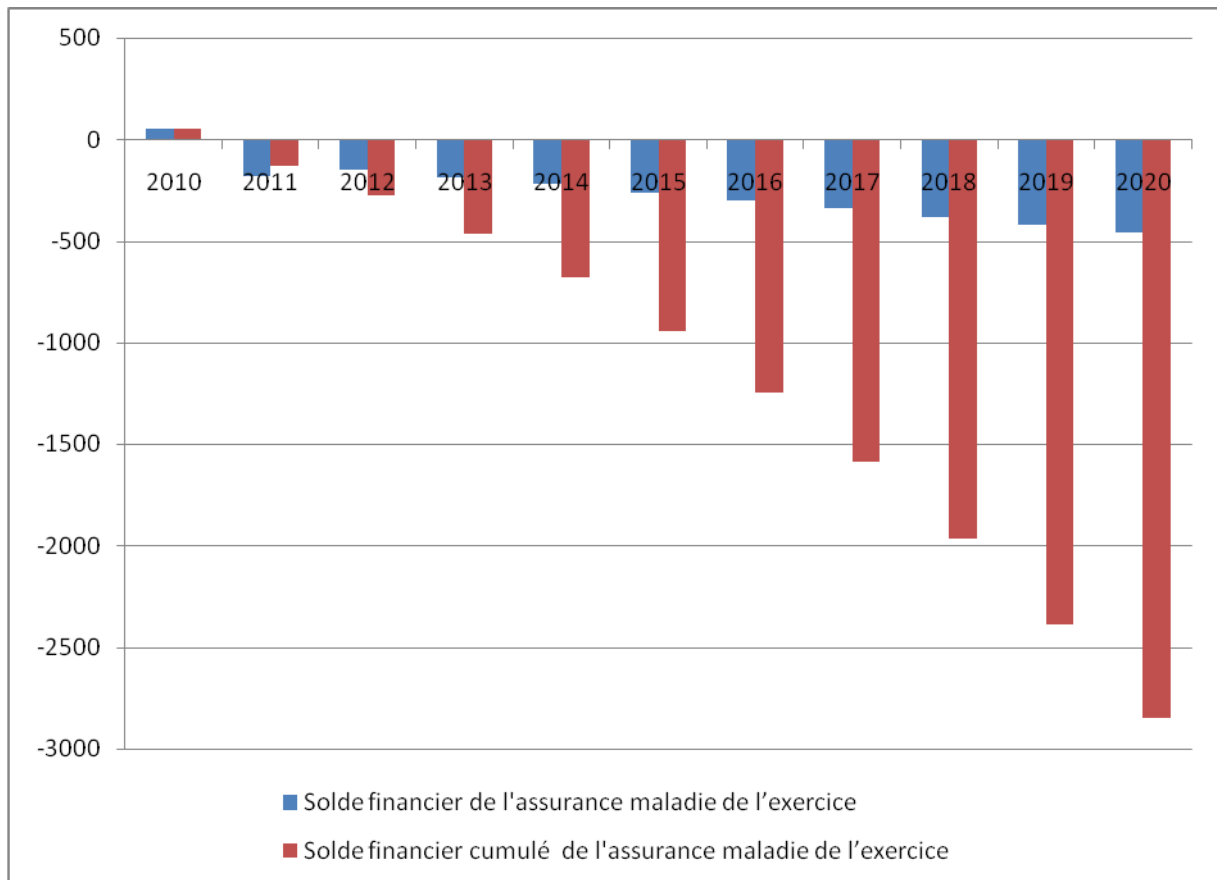
**Tableau 5 : Solde financier de l'assurance maladie-maternité par exercice financier et solde financier cumulé entre 2011 et 2020 (en millions EUR)**

<i>Exercice</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>
<b>Solde annuel de l'assurance maladie-maternité</b>	-182	-147	-186	-221	-261	-301	-341	-381	-421	-461
<b>Solde Financier cumulé</b>	-129	-276	-462	-682	-943	-1244	-1585	-1966	-2387	-2848

Source : Projet de réforme du système de soins de santé et calculs UEL



**Graphique 5 : Solde financier de l'assurance maladie-maternité par exercice financier et solde financier cumulé entre 2010 et 2020 (en millions EUR)**



Source : Projet de réforme du système de soins de santé et calculs UEL

**Le fardeau que peut représenter le déficit cumulé de l'assurance maladie à l'horizon 2020 pour les finances publiques est colossal. Celui-ci pourrait à terme nécessiter un recours massif à la dette publique et peser substantiellement sur l'activité économique et sur la création de richesse.**

## Quel impact la situation financière de l'assurance maladie a-t-elle sur l'ensemble des finances publiques ?

La situation financière de l'assurance maladie menace l'équilibre de l'ensemble des finances publiques dans la mesure où elle a une incidence sur le respect ou non des critères de Maastricht. Rappelons à cet égard que le solde financier de l'administration publique s'obtient en additionnant combinant le solde de ces différentes entités : l'Etat central, la sécurité sociale (dont l'assurance maladie constitue l'une des branches) et les communes.

Le tableau et la graphique ci-dessous donnent une indication du poids du déficit de l'assurance maladie en % du PIB. Même avec une croissance moyenne du PIB nominal de 4,5% au cours de la période 2010-2014, le déficit de l'assurance maladie représentera environ 0,5 % du PIB en 2014 avec un PIB de presque 47 milliards EUR.

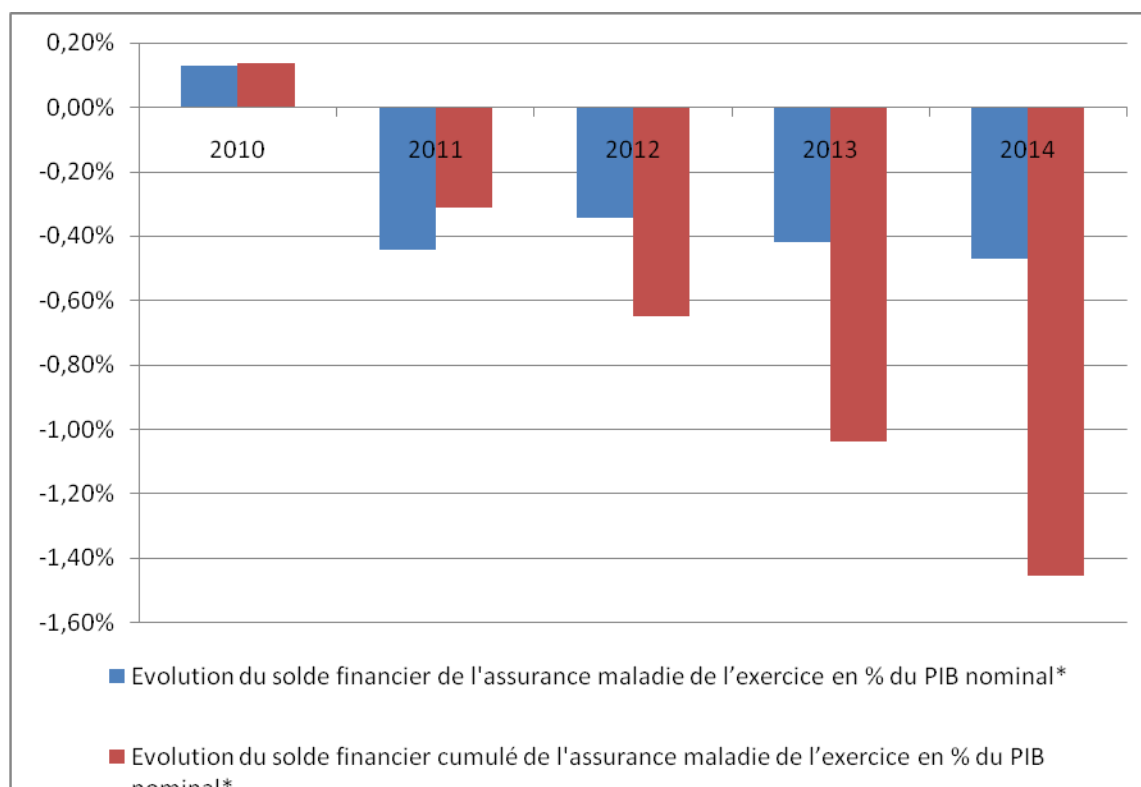
**Tableau 6 : Solde financier de l'assurance maladie-maternité par exercice financier et solde financier cumulé entre 2010 et 2014 (en millions EUR)**

	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Evolution du PIB nominal en Mio EUR</b>	39 118	41 230	42 632	44 508	46 911
<b>Evolution du PIB nominal en %<sup>4</sup></b>	3,9%	5,4%	3,4%	4,4%	5,4%
<b>Solde financier de l'assurance maladie de l'exercice</b>	50	-182	-147	-186	-221
<b>Evolution du solde financier de l'assurance maladie de l'exercice en % du PIB nominal</b>	0,13%	-0,44%	-0,34%	-0,42%	-0,47%
<b>Solde financier cumulé de l'assurance maladie</b>	53	-129	-276	-462	-682
<b>Evolution du solde financier cumulé de l'assurance maladie de l'exercice en % du PIB nominal</b>	0,14%	-0,31%	-0,65%	-1,04%	-1,45%

<sup>4</sup> Les estimations quant à l'évolution future du PIB nominales se basent sur la 11<sup>ème</sup> actualisation du programme de stabilité et de croissance du Luxembourg. Disponible à l'adresse suivante :

[http://www.gouvernement.lu/salle\\_presse/actualite/2010/02-fevrier/05-frieden-stabilite/programme2010.pdf](http://www.gouvernement.lu/salle_presse/actualite/2010/02-fevrier/05-frieden-stabilite/programme2010.pdf)

**Graphique 6 : Evolution du solde financier de l'assurance maladie-maternité par exercice financier et solde financier cumulé entre 2010 et 2014 (en % du PIB)**



On peut même aller au-delà et envisager un horizon à plus long terme. Dans l'hypothèse où aucune réforme d'envergure ne serait entreprise (politique constante) où le PIB nominal continuerait de croître tout au long de la décennie à venir au même taux qu'en 2014<sup>5</sup>, le déficit annuel de l'assurance maladie représenterait environ 460 millions EUR par an, 0,72% du PIB en 2020. Le déficit cumulé au cours de la période la période 2010-2020 atteindrait quant à lui 2 848 millions EUR, soit plus de 4 % du PIB.

**Le solde financier du système de soins de santé aura au cours des 10 prochaines années une incidence très importante sur l'équilibre des finances de l'ensemble des administrations publiques.**

**Quand on sait que les finances publiques devront en outre faire face au « mur des pensions » dans une dizaine d'année, il convient de ne pas retarder davantage la réforme en profondeur du système de soins de santé.**

<sup>5</sup> Taux de croissance du PIB nominal au cours de la période 2015-2020 qui serait identique au taux de progression du PIB nominal prévu en 2014 par la 11<sup>ème</sup> actualisation du programme de stabilité et de croissance, soit 5,40%.

## MAITRISER LES DEPENSES DE SANTE

**La maîtrise des dépenses pour soins de santé est une condition impérative pour garantir la soutenabilité du système de soins de santé.**

**L'UEL préconise de mettre un terme à la progression incontrôlée des dépenses pour soins de santé (7,5% par an en moyenne entre 2000 et 2009) et de mettre en place un taux maximal de progression des dépenses de santé pour la période 2011-2014.**

**Une réelle maîtrise des dépenses de santé doit permettre de réaliser 300 millions EUR d'économies par rapport à la situation à politique constante et permettrait d'éviter d'augmenter les cotisations sociales ou la contribution de l'Etat au financement du système de soins de santé.**

Les dépenses pour soins de santé de l'assurance maladie-maternité ont explosé au cours des 15 dernières années.

Si on examine l'évolution des dépenses de santé (en termes nominaux), on se rend compte que celles-ci ont doublé entre 2000 et 2010.

Si on compare cette progression des dépenses de santé (en termes nominaux) à l'évolution du PIB nominal, on constate que l'évolution des dépenses nominales de santé est supérieure à l'évolution du PIB nominal tout au long de la période. Au cours des 10 dernières années, le PIB nominal est passé d'un indice 100 en 2000 à un indice 171,8 en 2009 ; ce qui semble indiquer que les dépenses de santé ont progressé de l'ordre de 24,6 points de % de plus que le PIB nominal. Tout comme en matière d'évolution des dépenses nominales de l'administration centrale, cet écart s'explique essentiellement par le fait que les dépenses de santé en termes nominaux ont continué de progresser en 2008-2009, tandis que le pays était en récession (+7,3% en 2009 par rapport à 2008).

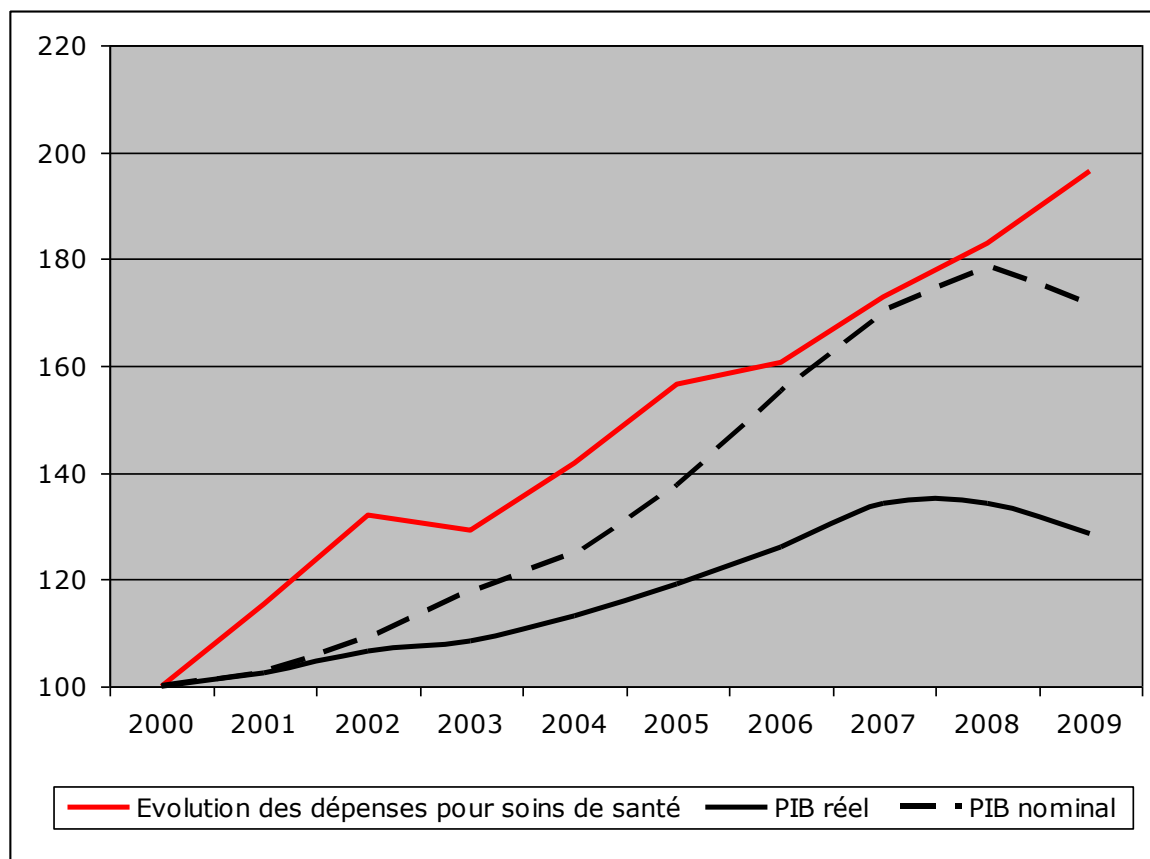
Le graphique ci-dessous montre qu'au cours de la période considérée, la progression des dépenses de santé (indice 196,4 en 2009) est très largement déconnectée de la création réelle de richesse illustré par l'évolution du PIB réel (lequel atteint un indice de 128,7 en 2009), soit un écart cumulé de l'ordre de 67,7 points de % en dix ans. Tout comme la dérive des dépenses nominales de l'administration centrale, l'écart entre la progression des dépenses nominales de santé et la progression du PIB nominal s'explique par deux facteurs :

- en premier lieu, une dérive inflationniste de l'économie luxembourgeoise, comme le montre l'écart cumulé en dix ans entre PIB réel (indice 128,7 en 2009) et PIB nominal

(indice 171,8 en 2009). Cet écart cumulé est de l'ordre de 43,1 points de % de au cours des 10 dernières années.

- en second lieu, une dérive nette des dépenses nominales pour soins de santé qui se mesure par l'écart entre la progression des dépenses nominales de santé (+96,4% en 10 ans) et l'évolution du PIB nominal (+71,8% en 10 ans), soit une dérive nette de l'ordre de 24,6 points de % en 10 ans.

**Graphique 7 Evolution des dépenses nominales pour soins de santé, du PIB réel et du PIB nominal (indice base 100 en 2000)**



Sources : IGSS, calculs UEL

**La question qui se pose est de savoir pendant combien de temps la croissance inflationniste des dépenses de santé pourra se poursuivre de manière aussi complètement déconnectée de la création réelle de richesse.**

De ce point de vue, les chiffres publiés par la CNS dans le cadre de son décompte annuel pour 2009 sont éloquentes. Les tableaux ci-dessous indiquent que le total des prestations en nature,

c'est-à-dire l'ensemble des prestations hospitalières et extrahospitalières effectuées au Luxembourg ou à l'étranger au bénéfice de personnes assurées auprès de l'assurance maladie luxembourgeoise ont augmenté d'un milliard EUR au cours des 15 dernières années, passant ainsi de 603 millions EUR en 1995 à 1 628 millions EUR en 2009, soit une augmentation de 170%.

Cette augmentation concerne l'ensemble des postes de dépenses, aussi bien les prestations hospitalières qui sont passées de 250 millions EUR en 1995 à 654 millions EUR en 2009 (+162%) que les prestations extrahospitalières qui sont passées de 262 millions EUR en 1995 à 680 millions EUR en 2009 (+160%) ou encore les prestations de santé effectuées à l'étranger et remboursées par la Caisse nationale de santé qui ont augmenté de 200 millions EUR (+223% d'augmentation).

Les tableaux ci-dessous donnent des indications détaillées concernant les différents postes spécifiques de dépenses de la Caisse nationale de santé.

**Tableau 7 : Montant annuel des prestations pour soins de santé (prestations en nature) entre 1995 et 2009 (en millions EUR)**

<i>Année</i>	<i>1995</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>
<b>PRESTATIONS EN NATURE AU LUXEMBOURG</b>	<b>512</b>	<b>839</b>	<b>919</b>	<b>1039</b>	<b>1078</b>	<b>1126</b>	<b>1209</b>	<b>1284</b>	<b>1334</b>
Prestations hospitalières	250	412	457	509	534	564	608	640	654
Prestations extrahospitalières	262	428	462	531	543	562	604	644	680
<i>Honoraires médicaux</i>	109	164	180	219	227	227	242	258	278
<i>Honoraires médecins dentistes</i>	26	39	41	49	50	52	54	57	60
<i>Frais de transport</i>	6	6	6	7	7	8	7	8	8
<i>Pharmacie extra-hospitalière</i>	70	116	125	133	137	140	146	155	161
<i>Autres professionnels de santé</i>	13	34	38	43	47	53	60	67	72
<i>Moyens curatifs et laboratoires</i>	29	49	56	64	58	65	74	78	77
<i>Cures thérapeutiques et de convalescence</i>	6	14	8	9	9	9	9	9	10
<i>Foyers de psychiatrie</i>	0	0	0	0	0	0	0	3	4
<i>Médecine préventive et divers</i>	1	3	3	4	4	4	5	6	5
<i>Indemnités funéraires</i>	1	3	3	4	4	4	5	6	5
<b>PRESTATIONS EN NATURE A L'ETRANGER</b>	<b>91</b>	<b>169</b>	<b>186</b>	<b>194</b>	<b>203</b>	<b>221</b>	<b>244</b>	<b>271</b>	<b>294</b>
<b>TOTAL PRESTATIONS EN NATURE</b>	<b>603</b>	<b>1009</b>	<b>1106</b>	<b>1234</b>	<b>1281</b>	<b>1347</b>	<b>1452</b>	<b>1556</b>	<b>1628</b>

Source : CNS, décompte annuel global 2009

**Tableau 8 : Evolution du montant annuel des prestations pour soins de santé (prestations en nature) entre 1995 et 2009 (base 100 en 1995)**

<i>Année</i>	<i>1995</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>
<b>PRESTATIONS EN NATURE AU LUXEMBOURG</b>	<b>100</b>	<b>203,2</b>	<b>210,6</b>	<b>220,2</b>	<b>236,2</b>	<b>251,0</b>	<b>260,8</b>
<b>Prestations hospitalières</b>	<b>100</b>	<b>203,6</b>	<b>213,9</b>	<b>225,8</b>	<b>243,3</b>	<b>256,3</b>	<b>261,8</b>
<b>Prestations extrahospitalières</b>	<b>100</b>	<b>202,8</b>	<b>207,5</b>	<b>214,8</b>	<b>229,5</b>	<b>245,9</b>	<b>259,8</b>
<i>Honoraires médicaux</i>	<i>100</i>	<i>201,2</i>	<i>208,8</i>	<i>208,5</i>	<i>222,4</i>	<i>237,3</i>	<i>255,6</i>
<i>Honoraires médecins dentistes</i>	<i>100</i>	<i>188,6</i>	<i>190,4</i>	<i>198,1</i>	<i>206,7</i>	<i>217,2</i>	<i>231,8</i>
<i>Frais de transport</i>	<i>100</i>	<i>125,0</i>	<i>125,0</i>	<i>135,2</i>	<i>124,1</i>	<i>136,9</i>	<i>148,3</i>
<i>Pharmacie extra-hospitalière</i>	<i>100</i>	<i>190,6</i>	<i>169,5</i>	<i>201,7</i>	<i>210,0</i>	<i>222,3</i>	<i>232,2</i>
<i>Autres professionnels de santé</i>	<i>100</i>	<i>337,5</i>	<i>372,5</i>	<i>419,4</i>	<i>471,2</i>	<i>528,8</i>	<i>566,6</i>
<i>Moyens curatifs et laboratoires</i>	<i>100</i>	<i>221,9</i>	<i>202,1</i>	<i>226,6</i>	<i>257,7</i>	<i>268,8</i>	<i>266,7</i>
<i>Cures thérapeutiques et de convalescence</i>	<i>100</i>	<i>141,8</i>	<i>146,9</i>	<i>147,1</i>	<i>141,6</i>	<i>153,7</i>	<i>161,9</i>
<i>Médecine préventive et divers</i>	<i>100</i>	<i>487,3</i>	<i>517,4</i>	<i>521,6</i>	<i>585,9</i>	<i>671,3</i>	<i>651,5</i>
<i>Indemnités funéraires</i>	<i>100</i>	<i>109,1</i>	<i>113,9</i>	<i>119,7</i>	<i>125,9</i>	<i>119,2</i>	<i>118,6</i>
<b>PRESTATIONS EN NATURE A L'ETRANGER</b>	<b>100</b>	<b>212,5</b>	<b>222,1</b>	<b>241,8</b>	<b>266,6</b>	<b>296,7</b>	<b>321,2</b>
<b>TOTAL PRESTATIONS EN NATURE</b>	<b>100</b>	<b>204,6</b>	<b>212,4</b>	<b>223,4</b>	<b>240,8</b>	<b>257,9</b>	<b>269,9</b>

Source : CNS, décompte annuel global 2009



Certes l'ensemble de la population assurée a évolué entre 1995 et 2009. Et la part de plus en plus importante des frontaliers dans la population active n'est pas sans conséquence sur l'augmentation des dépenses de santé. Il convient donc d'examiner les dépenses de santé des résidents (nationaux et étrangers résidant sur le territoire du Grand-Duché) distinctement de celles des non-résidents (frontaliers).

En ce qui concerne les assurés frontaliers, qu'ils soient actifs ou pensionnés, on constate que l'assiette cotisable a été multipliée par quatre entre 1995 et 2009, passant de 1 606 millions EUR en 1995 à 6 733 millions EUR en 2009 (+319% d'augmentation). Au cours de la même période, l'ensemble des prestations en nature effectuées au bénéfice des non-résidents a été multiplié presque par quatre également (+293% d'augmentation). Bien entendu, les non-résidents préfèrent se faire soigner dans leur pays de résidence, ce qui explique en grande partie l'augmentation du total des dépenses de santé effectués à l'étranger au cours de la période 1995-2009.

Deux séries de conclusions s'imposent concernant la population assurée non-résidente. En premier lieu, dans la mesure où l'assiette cotisable des non-résidents augmente plus vite que le montant des prestations en nature dont ils bénéficient, on peut en déduire qu'à l'heure actuelle les frontaliers contribuent au financement du système de soins de santé plus qu'ils n'en bénéficient.

En second lieu, dans la mesure où l'augmentation substantielle de l'emploi frontalier (et par conséquent de la masse cotisable non-résidente) explique l'explosion des prestations effectuées à l'étranger (+223% d'augmentation entre 1995 et 2009), ce n'est pas du côté des dépenses pour soins de santé effectuées de l'autre côté de la frontière que se trouve l'origine des problèmes de financement actuels des dépenses pour soins de santé.

**Tableau 9 : Montant annuel de l'assiette cotisable et des prestations pour soins de santé (prestation en nature) des assurés non-résidents (en millions EUR)**

<i>Année</i>	<i>1995</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>
<b>Assiette cotisable des non-résidents (actifs et pensionnés)</b>	1 606	3 660	3 944	4 296	4 761	5 247	5 859	6 493	6 733
<b>Prestations en nature au bénéfice des non-résidents</b>	71	141	158	170	182	201	225	257	279
<i>Dont prestations au Luxembourg</i>	6	12	13	18	20	24	29	36	39
<i>Dont prestations à l'étranger</i>	64	129	145	153	161	177	196	220	240

Source : CNS, décompte annuel global 2009

En ce qui concerne les assurés résidents, qu'ils soient actifs ou pensionnés, on constate en premier lieu que l'assiette cotisable a doublé entre 1995 et 2009, passant de 6 289 millions EUR en 1995 à 12 702 millions EUR en 2009 (+101% d'augmentation). Au cours de la même période, l'ensemble des prestations en nature effectuées au bénéfice des résidents a été multiplié par trois (+ 205% d'augmentation), passant de 533 millions EUR à 1 628 millions EUR en 2009. Dans la mesure où les résidents préfèrent également se faire soigner dans leur pays de résidence, une grande partie de l'augmentation des dépenses totales de santé effectuées au Grand-Duché au cours de la période 1995-2009 résulte des soins de santé effectués au bénéfice des résidents (en 2009, la part des résidents dans le total des prestations en natures effectuées au Grand-Duché est de 1 295 millions EUR sur un total de 1 334 millions EUR, soit 97%).

Deux séries de conclusions s'imposent concernant la population assurée résidente. En premier lieu, dans la mesure où l'assiette cotisable des résidents augmente moins vite que le montant des prestations en nature dont ils bénéficient, on peut en déduire qu'à l'heure actuelle les assurés résidents contribuent moins au financement du système de soins de santé plus qu'ils n'en bénéficient. C'est donc bien du côté des assurés résidents que se pose la problématique de l'équilibre financier du système de soins de santé.

En second lieu, c'est du côté des dépenses pour soins de santé effectuées au Luxembourg que se trouve l'origine des problèmes de financement actuels du système de soins de santé.

**Tableau 10 : Montant annuel de l'assiette cotisable et des prestations pour soins de santé (prestations en nature) des assurés résidents (en millions EUR)**

<i>Année</i>	<i>1995</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>
<b>Assiette cotisable des résidents (actifs et pensionnés)</b>	6 289	8 955	9 520	9 898	10 343	10 822	11 433	12 049	12 702
<b>Prestations en nature au bénéfice des résidents</b>	533	1 009	1 106	1 234	1 281	1 347	1 452	1 556	1 628
<b>Dont prestations au Luxembourg</b>	505	827	906	1 022	1 057	1 102	1 179	1 248	1 295
<b>Dont prestations à l'étranger</b>	27	40	41	42	42	44	48	51	54

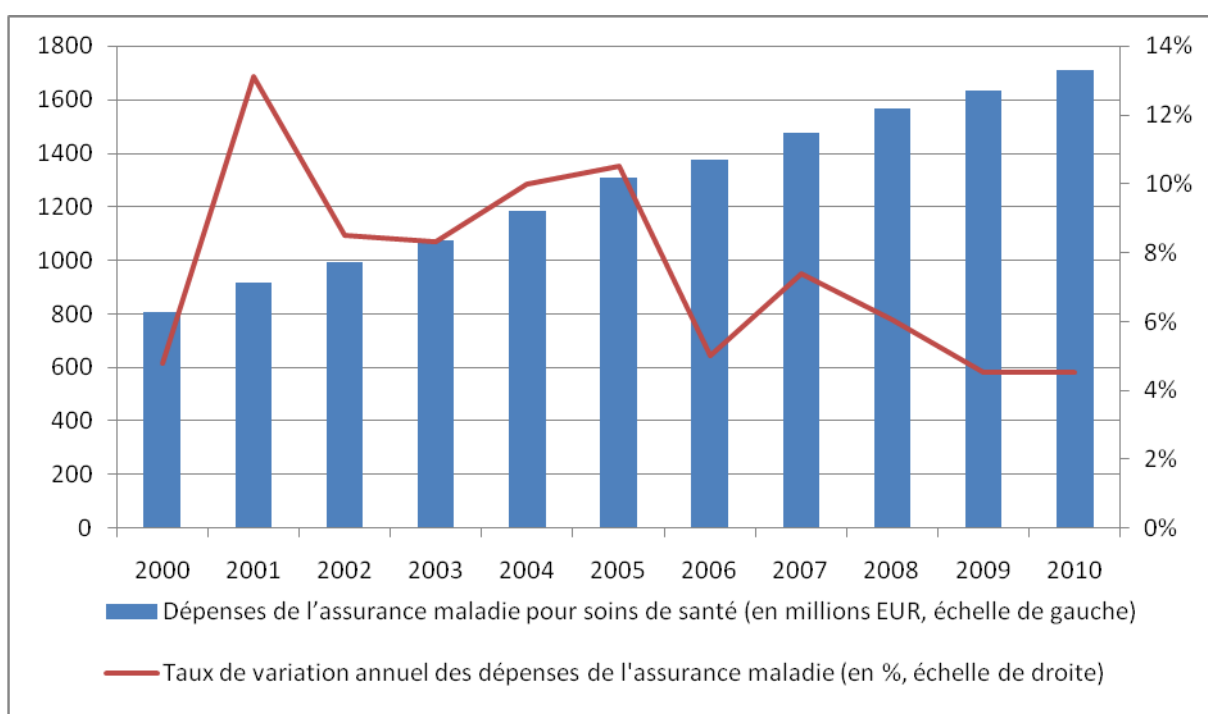
Source : CNS, décompte annuel global 2009

Les dépenses pour soins de santé ont littéralement explosé au cours de la décennie passée.

Comme l'indique le graphique ci-dessous, les dépenses pour soins de santé de l'assurance maladie-maternité ont plus que doublé au cours de la décennie passée, passant de 809 millions EUR en 2000 à 1 709 millions EUR en 2010, ce qui représente une augmentation des dépenses pour soins de santé de l'ordre de 900 millions EUR en seulement 10 ans.

Le taux d'augmentation annuel moyen des dépenses pour soins de santé est de plus de 7,5% par an, avec certaines années des progressions de plus de 10% (13,1% par an en 2001, 10,0% en 2004 ou encore 10,5% en 2005).

**Graphique 8 : Evolution des dépenses pour soins de santé de l'assurance maladie-maternité (en millions EUR) et taux de variation annuelle santé (en %) entre 2000 et 2010**



Source : IGSS et projet de réforme du système de soins de santé

L'UEL constate que les taux de progression annuels des dépenses pour soins de santé tendent globalement à diminuer pour atteindre 4,5% par an en 2010. Des efforts ont déjà été consentis pour réduire la progression des dépenses pour soins de santé. Mais ces efforts, aussi louables soient-ils, ne sont pas suffisants pour rétablir l'équilibre financier de l'assurance maladie.

Dans son projet de loi portant réforme du système pour soins de santé, le Gouvernement prévoit de réduire la progression des dépenses pour soins de santé à environ 4% par an au cours des prochaines années :

*“Compte tenu des mesures précitées, le projet de loi prévoit pour l'année 2011 une économie substantielle sur l'ensemble des frais de soins de santé par rapport à la projection à législation constante. La progression annuelle normale projetée, qui*

*s'élève à législation constante à 5-6%, est ramenée pour les années à venir à 3-4%. Tel qu'expliqué ci-avant, l'économie correspondante se compose de différentes mesures mises en œuvre depuis la réunion quadripartite d'octobre 2009 (notamment stand still dans le milieu hospitalier) et des mesures légales prévues dans le projet de loi visant l'adaptation des tarifs et des budgets. Les projections sont basées sur l'hypothèse que cette épargne sera durable (i.e. pas d'effet de récupération, notamment de la part des prestataires) et que les mesures structurelles prévues dans le projet de loi (telles que l'enveloppe budgétaire globale pour le secteur hospitalier ou les mécanismes de fixation de la rémunération et les pratiques de facturation des prestataires de soins) contribueront à freiner la croissance actuelle. La progression envisagée, qui nécessite néanmoins une action conséquente et déterminée à tous les niveaux de pilotage du système de soins de santé, représente un objectif réaliste, aussi en comparaison avec d'autres pays.”<sup>6</sup>*

En examinant en détail le projet de réforme du système de soins de santé, on constate que l'argumentaire du gouvernement repose sur deux scénarii :

- Un scénario à politique constante selon lequel les dépenses pour soins de santé progresseraient au cours des années à venir d'environ 6 % par an ;
- Une proposition d'amélioration du gouvernement selon lequel les dépenses pour soins de santé progresseraient au cours des années à venir d'environ 4 % par an.

En plus d'une évaluation de l'impact financier de ces deux scénarii, l'UEL souhaite proposer une troisième voie : celle d'une progression décroissante des dépenses pour soins de santé d'ici 2014.

**Avec des économies de l'ordre de 300 millions EUR par an en 2014, la seule maîtrise des dépenses de soins de santé proposée par l'UEL permettrait de résorber à elle seule le déficit de l'assurance maladie-maternité prévu par l'IGSS (221 millions EUR par an en 2014).**

**De telles économies peuvent être principalement réalisées par le biais de la maîtrise des coûts, sans augmenter substantiellement la contribution des assurés.**

---

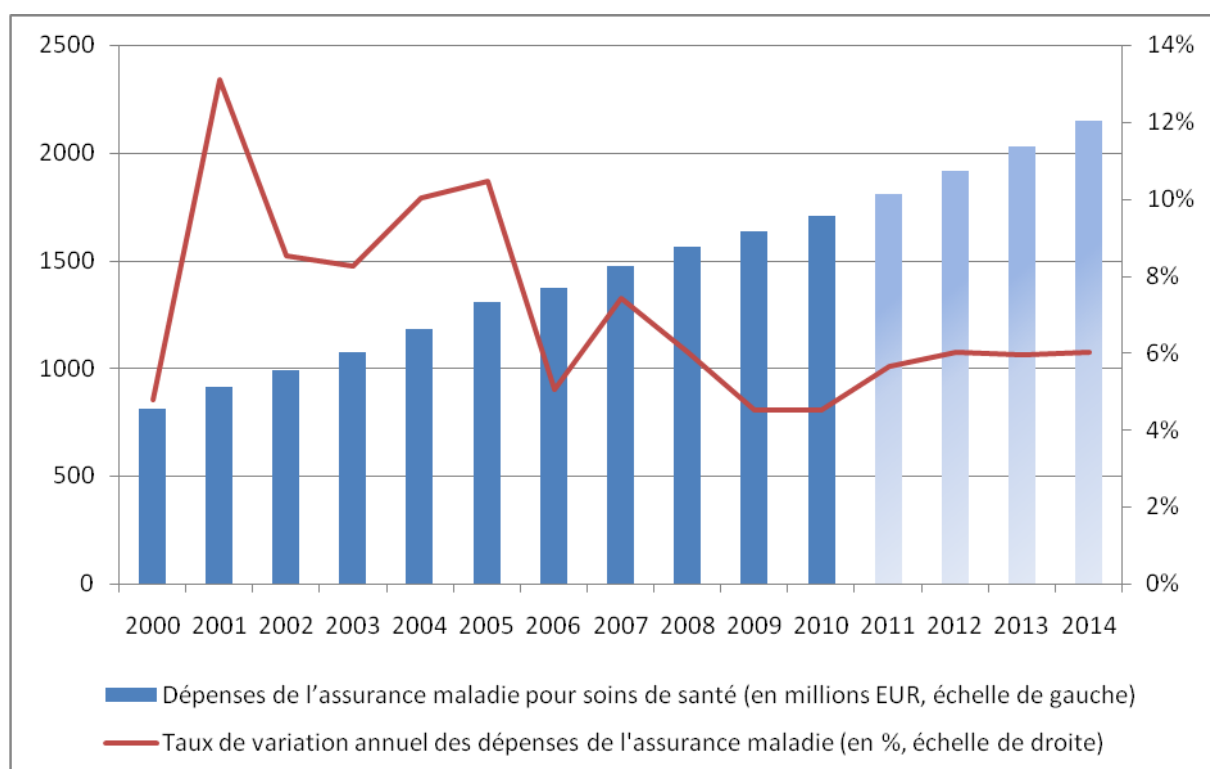
<sup>6</sup> Projet de loi portant réforme du système pour soins de santé (version du 30 septembre 2010), pp. 42-43.

### **Le scénario à politique constante : une progression moyenne des dépenses pour soins de santé de l'ordre de 6% par an entre 2011 et 2014**

A politique constante, les dépenses pour soins de santé de l'assurance maladie-maternité devraient croître d'environ 6% par an au cours des prochaines années.

Cette hypothèse semble relativement optimiste par rapport à la moyenne de la décennie passée, au cours de laquelle les dépenses pour soins de santé ont plutôt augmenté de l'ordre de 7,5% par an en moyenne.

**Graphique 9 : Evolution des dépenses pour soins de santé de l'assurance maladie-maternité (en millions EUR) et taux de variation annuelle santé (en %) entre 2000 et 2014 à politique constante**



Source : IGSS, projet de réforme du système de soins de santé et calculs UEL

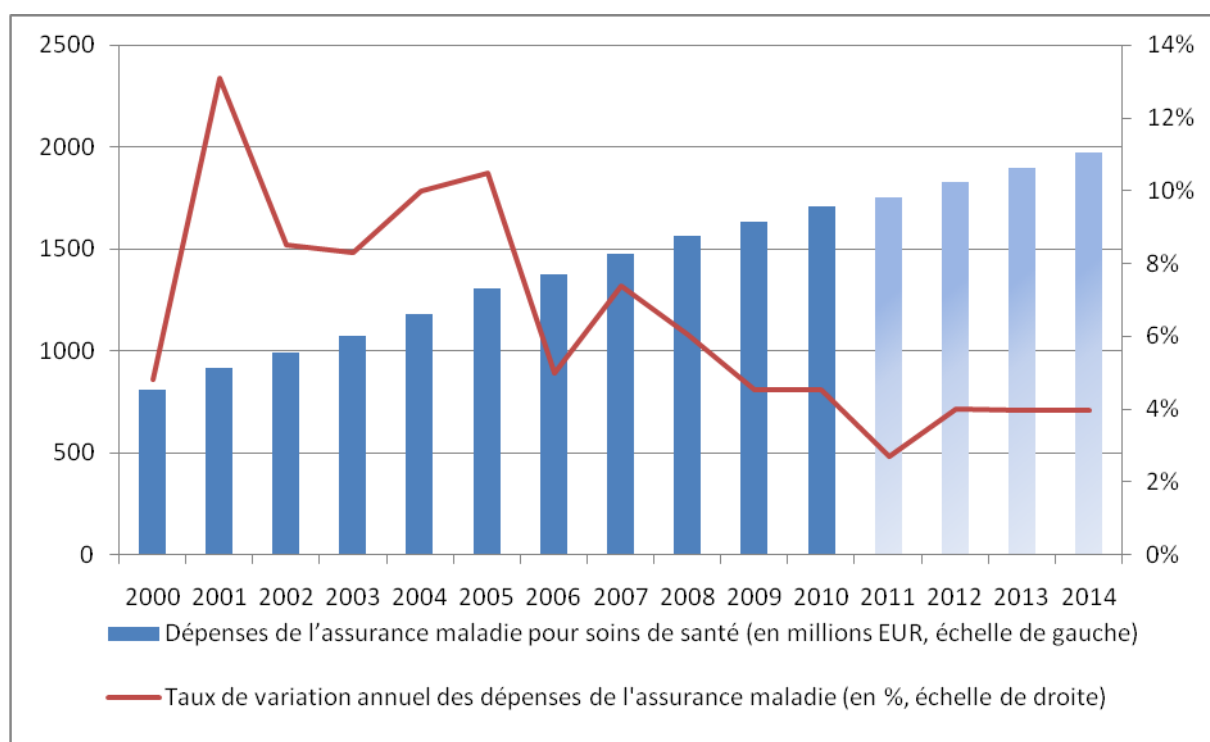
**Avec une croissance des dépenses pour soins de santé entre 2011 et 2014 d'environ 6% par an au cours des prochaines années, le total des dépenses pour soins de santé de l'assurance maladie-maternité atteindrait 2 151 millions EUR en 2014, soit une progression de 26% par rapport à leur niveau de 2010.**

## La proposition de réforme du gouvernement: une progression moyenne des dépenses pour soins de santé de l'ordre de 4% par an entre 2011 et 2014

Suivant le projet de loi, les dépenses de soins de santé de l'assurance maladie-maternité devraient croître d'environ 4% par an au cours des prochaines années.

Il convient de signaler qu'une croissance des dépenses pour soins de santé d'environ 4% constitue une progression très confortable dans la mesure où cette progression demeure très supérieure aux projections de progression des prix à la consommation.

### Graphique 10 : Evolution des dépenses pour soins de santé de l'assurance maladie-maternité (en millions EUR) et taux de variation annuelle santé (en %) entre 2000 et 2014 avec économies de dépenses proposées par le gouvernement



Source : IGSS, projet de réforme du système de soins de santé et calculs UEL

**Avec une croissance des dépenses pour soins de santé entre 2011 et 2014 comprise d'environ 4% par an au cours des prochaines années, le total des dépenses pour soins de santé de l'assurance maladie-maternité atteindrait 1 972 millions EUR en 2014, soit une progression de 15% par rapport à 2010. D'un point de vue strictement financier, cela représente 179 millions EUR économisés à l'horizon 2014. Ce chiffre est bien inférieur aux prévisions de déficit de l'assurance maladie qui serait de 221 millions EUR en 2014 (après dotation au fonds de réserve).**

## La proposition de l'UEL: un taux de progression maximal des dépenses pour soins de santé dégressif

L'objectif de l'UEL est de ramener progressivement le niveau des dépenses de santé par habitant (4 210 USD (ajustées sur la base de la parité de pouvoir d'achat des monnaies) en 2006) au niveau de la moyenne de l'OCDE (3 060 USD pour l'ensemble des pays de l'OCDE en 2008)<sup>7</sup>.

La proposition de l'UEL vise à contenir l'évolution des dépenses pour soins de santé dans des limites raisonnables. L'idée est de déterminer pour les prochaines années **un taux de progression maximal** des dépenses pour soins de santé qui serait décroissantes au fil du temps jusqu'en 2014.

Le tableau ci-dessous donne le détail de la proposition de l'UEL :

Année	Taux de progression maximale des dépenses pour soins de santé	Taux d'augmentation moyen par an entre 2010 et 2014 (à titre indicatif)
2011	3,0%	1,5%
2012	2,0%	
2013	1,0%	
2014	0,0%	

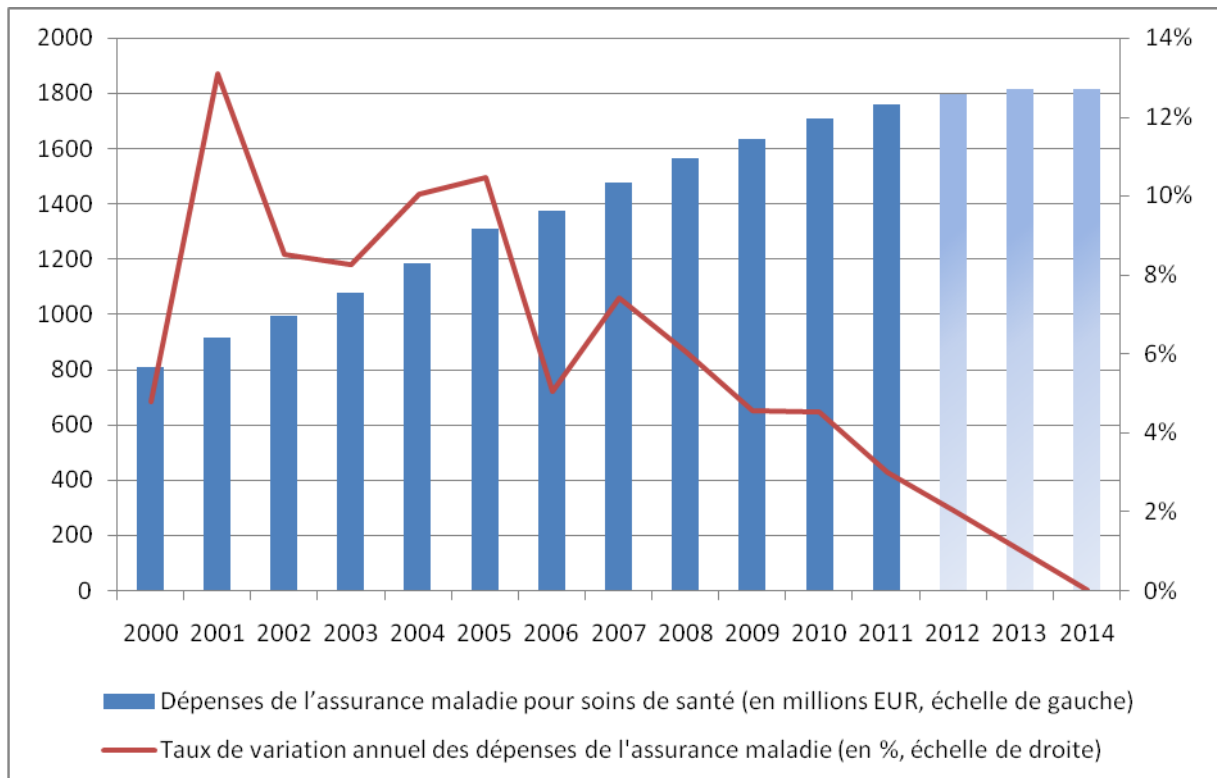
Le scénario de l'UEL est tout à fait réalisable tout comme cela résulte des considérations qui suivent :

- Organisation hospitalière (réduire d'environ 450 le nombre de lits aigus dans l'ensemble du pays de manière à aligner le nombre de lits aigus par habitant au niveau de la moyenne de l'OCDE), avec pour conséquence à terme une réduction des effectifs et des coûts hospitaliers ;
- Spécialisation des hôpitaux en matière de services offerts : ceci aura pour conséquence une annulation de certains services offerts actuellement par les différents hôpitaux ;
- Centralisation des activités administratives et autres des hôpitaux : ainsi, les hôpitaux devront utiliser le même logiciel informatique et organiser en commun d'autres activités tels l'achat centralisé, les analyses biologiques, les services de stérilisation, le catering, le nettoyage etc.
- Limitation de la démographie médicale tant en milieu hospitalier qu'en milieu extrahospitalier ;
- Mise en œuvre d'une nouvelle nomenclature tant pour les actes médicaux que pour les laboratoires privés d'analyses médicales ;

<sup>7</sup> Source: OCDE, Eco-santé, 2010.

- Limitation de l'activité des laboratoires hospitaliers à des cas d'urgence en intégrant dans cette stratégie le Laboratoire National de Santé (LNS) ;
- Alignement du niveau de remboursement des médicaments sur le prix des médicaments génériques ;
- Augmenter la participation des assurés/déremboursement de certains médicaments ou actes médicaux, tout en veillant à ne pas porter préjudice aux personnes les moins bien loties, voire de ne pas les écarter du système.

**Graphique 11 : Evolution des dépenses pour soins de santé de l'assurance maladie-maternité (en millions EUR) et taux de variation annuelle santé (en %) entre 2000 et 2014 proposé par l'UEL**



Source : IGSS, projet de réforme du système de soins de santé et calculs UE

**Comme le montre le graphique ci-dessus, avec un taux de progression décroissant des dépenses de santé qui serait plafonné à 3% en 2011, puis 2% en 2012, 1% en 2013 et enfin 0% en 2014, le total des dépenses pour soins de santé de l'assurance maladie-maternité atteindrait 1 813 millions EUR en 2014, soit une progression de 6% par rapport à leur niveau de 2010.**



**Par rapport au scénario à politique constante, la proposition de l'UEL permettrait de réaliser des économies de l'ordre de 338 millions EUR par an en 2014, soit 159 millions EUR de plus que les propositions de réduction du taux de progression des dépenses pour soins de santé prévues par le Gouvernement dans son projet de loi (4% par an en moyenne au cours de la période 2011-2014).**

**Avec des économies de l'ordre de 338 millions EUR par an en 2014, la maîtrise des dépenses pour soins de santé permettrait de résorber à elle seule le déficit de l'assurance maladie-maternité prévu par l'IGSS (221 millions EUR par an en 2014).**

## MAINTENIR DES SALAIRES COMPETITIFS ET ATTRACTIFS

Le 30 septembre 2010, le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale a présenté les grandes lignes de la réforme du système des soins de santé à une délégation de l'UEL. Cet avant-projet de réforme envisageait deux options alternatives pour rétablir l'équilibre financier du système de soins de santé :

- une augmentation des cotisations pour soins de santé

et/ou

- une suppression du plafond cotisable pour soins de santé.

C'est à bon escient que, le 30 septembre 2010, le Gouvernement n'a pas suivi la proposition du ministre de la Santé et de la Sécurité sociale de supprimer le plafond cotisable. Certes la proposition de dé plafonner les cotisations pour soins de santé constituait une possibilité électoralement attractive, mais en plus du signal négatif qu'elle représentait pour les entreprises luxembourgeoises, pour les investisseurs étrangers, pour les salariés et pour les gestionnaires du système de soins de santé, elle comportait également des effets pervers potentiellement très dommageables pour le secteur financier et les autres secteurs de pointe et par ricochet pour l'ensemble de l'économie. Il va sans dire que cette approche aurait compromis les efforts tendant à attirer des personnes hautement qualifiées vers le Luxembourg et partant réduirait à néant la politique de développement économique en ce qu'elle est basée sur l'attrait d'activités nouvelles vers le Luxembourg.

De plus, le fait de dé plafonner intégralement les cotisations d'assurance maladie aurait constitué un véritable changement de paradigme : les cotisations n'auraient plus été proportionnelles au niveau de couverture contre le risque de maladie. Par conséquent, les cotisations pour soins de santé auraient été assimilées *in fine* à un impôt. Dé plafonner intégralement les cotisations pour soins de santé aurait impliqué de sortir de la logique de l'assurance obligatoire pour passer à une logique de prélèvement obligatoire. La notion de l'assurance qui a été à la base des différentes branches de la sécurité sociale (notamment de l'assurance maladie) s'en serait trouvée profondément ébranlée.

Pour l'UEL, l'augmentation des cotisations traduit une politique à courte vue en matière de réforme du système de soins de santé, dans la mesure où le gouvernement propose de compenser la dérive des dépenses de santé par une augmentation des recettes.

Cette politique n'est ni efficace ni rationnelle. En matière de charges sociales, il est important de revenir aux fondamentaux : le niveau actuel des charges sociales constitue le principal atout en matière de compétitivité-coût de notre économie. Il ne faut pas le compromettre par des mesures qui ne sont destinées qu'à dissimuler le véritable objectif prioritaire que constitue la maîtrise des dépenses pour soins de santé.

Les salaires au Luxembourg doivent rester compétitifs et attractifs : compétitifs pour ne pas accroître les coûts qui pèsent sur les entreprises et attractifs pour préserver la qualité de vie des personnes qui travaillent au Luxembourg tout en continuant à attirer de la main d'œuvre qualifiée, nécessaire pour faire fonctionner l'économie luxembourgeoise.

L'augmentation des cotisations pour soins de santé s'ajoutent à de nombreuses autres augmentations de coûts qui pèsent déjà sur les entreprises, qu'il s'agisse notamment de l'inflation, de l'indexation automatique des salaires ou encore du relèvement du salaire social minimum.

Dans cette optique, l'UEL souhaite expliquer pourquoi l'augmentation des taux de cotisation pour soins de santé constitue un signal extrêmement négatif et pourquoi la suppression du plafond cotisable pour soins de santé entraînerait des effets pervers.

**Au-delà de la situation financière à court terme de l'assurance maladie-maternité, l'effet signal que constituerait toute augmentation des taux de cotisations pour soins de santé (aussi marginale soit-elle) présente des risques systémiques pour le développement futur de l'économie luxembourgeoise en termes de compétitivité-coût, d'attractivité des salaires et de gestion financière du système de soins de santé.**

L'option retenue par le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale dans son projet de réforme présenté le 30 septembre 2010<sup>8</sup> consiste à augmenter le taux de cotisation des soins de santé prévu à l'article 29 alinéa 1<sup>er</sup> point a) du Code de la sécurité sociale de 0,20 point de % pour les employeurs et de 0,20 point de % pour les salariés de manière à amener le taux de cotisation à 5,80% au lieu de 5,40%<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> Le communiqué de presse est disponible sur le site du Ministère de la sécurité sociale à l'adresse suivante : [http://www.mss.public.lu/actualites/2010/10/art\\_ref\\_sante/index.html](http://www.mss.public.lu/actualites/2010/10/art_ref_sante/index.html)

<sup>9</sup> L'assiette des cotisations pour soins de santé comprend :

- le revenu professionnel, c'est-à-dire la rémunération de base, les compléments et accessoires, y compris les rémunérations en nature (à l'exception de la rémunération des heures supplémentaires)
- l'ensemble des pensions et rentes
- tout revenu de remplacement sur lequel une retenue de cotisation est prévue par la loi (exemple : indemnité de congé parental)

**Tableau 11 : Taux de cotisation pour les soins de santé en 2010 (en % du salaire brut) et augmentation prévue par le projet de réforme**

	Taux de cotisation -Employeur	Taux de cotisation - Salarié	Total
Soins de santé (prestations en nature) en 2010	2,70%	2,70%	5,40%
Soins de santé (prestations en nature) à partir de 2011, selon le projet de réforme (version du 30 septembre 2010)	<b>2,90%</b>	<b>2,90%</b>	<b>5,80%</b>

Source : Code de la sécurité sociale et projet de réforme des soins de santé

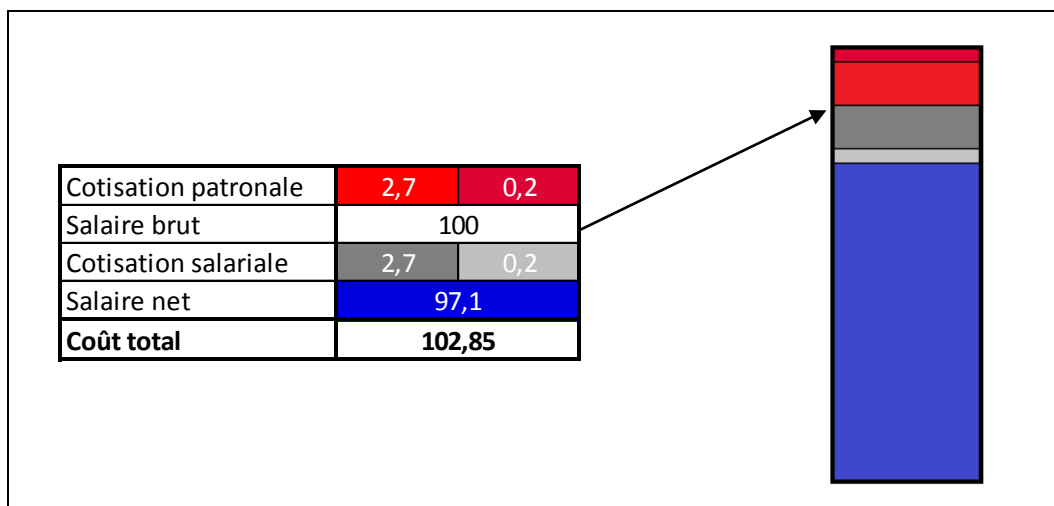
D'un point de vue strictement financier, cette proposition permettrait de générer entre 130 et 150 millions EUR de recettes supplémentaires par an à partir de 2011. Le tableau ci-dessous donne le détail des recettes supplémentaires projetées par le Ministre de la santé et de la sécurité sociale :

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Recettes de cotisations avec un taux de cotisation de 5,40% (politique constante)</b>	1 752	1 815	1 879	1 942	2 028	2 128
<b>Recettes de cotisations avec un taux de cotisation de 5,80% (à partir de 2011)</b>	1 752	1 815	2 012	2 079	2 171	2 278
<b>Recettes supplémentaires (à partir 2011)</b>	0	0	133	137	143	150

Source : projet de réforme et calculs UEL

Par contre, comme le montre le schéma ci-dessous, cette proposition aurait également deux conséquences négatives sur les salaires :

- une augmentation du coût du travail de 0,20 point de % du salaire brut
- et
- une réduction du salaire net des employés de 0,20 point de %.



### Pourquoi le relèvement des cotisations sociales n'est-il pas une bonne solution ?

Même s'il est évident qu'aucune entreprise ne fera faillite à cause d'une augmentation du coût salarial total de 0,20 point de %, trois arguments de principe s'opposent à une telle décision.

En premier lieu, le relèvement des cotisations patronales suite à un déséquilibre clairement causé par une croissance incontrôlée des dépenses constitue un très mauvais signal pour les entreprises et les investisseurs étrangers. Cela signifie que toute dérive des finances publiques sera compensée par une augmentation du coût du travail et donc une réduction de la compétitivité-coût des entreprises implantées au Luxembourg ou désirant s'y implanter. Ce taux de cotisation doit rester un avantage compétitif du Luxembourg

En second lieu, cette décision aura un effet sur l'attractivité des salaires, dans la mesure où cette décision entraînera une diminution du pouvoir d'achat des salariés. Or, l'attractivité des salaires constitue un des piliers du modèle de développement luxembourgeois. Sans des salaires attractifs, l'économie luxembourgeoise ne parviendra plus à attirer les compétences nécessaires à son développement (travailleurs immigrés ou travailleurs frontaliers) et ne sera plus capable de préserver la qualité de vie de ses habitants.

En troisième lieu, il n'est pas judicieux de compenser l'augmentation incontrôlée des dépenses par une augmentation même minime des recettes. Cela constitue un encouragement adressé à l'ensemble des maillons du système de soins de santé à poursuivre la politique dispendieuse pratiquée au cours des dernières années, alors que c'est exactement l'inverse qu'il faudrait faire : parvenir à maîtriser enfin les dépenses pour soins de santé.

## **INSTAURER UN TAUX DE COTISATION UNIQUE DE 5,26%**

**Au cas où les objectifs précédents (1<sup>er</sup> : rétablir l'équilibre financier, 2<sup>e</sup> : maîtriser les dépenses de santé, 3<sup>e</sup> : maintenir des salaires compétitifs et attractifs) ne seraient pas suivis par le Gouvernement, l'UEL propose d'instaurer un taux de cotisation unique sur les salaires, afin de moderniser en profondeur la manière de calculer les cotisations pour soins de santé, et ce dans le but d'accroître la transparence et l'efficacité du système, et d'éviter toute augmentation du coût du travail.**

**Les cotisations pour soins de santé représentent actuellement 5,40% du salaire brut**

Les taux de cotisation pour soins de santé sont fixés en fonction du salaire brut et sont actuellement répartis entre cotisation à charge des employeurs et cotisation à charge des salariés. Le tableau ci-dessous donne une indication des taux de cotisations actuellement applicables aux employeurs et aux salariés en % du salaire brut :

**Tableau 12 : Taux de cotisation pour les soins de santé en 2010 (en % du salaire brut)**

	Taux de cotisation - Employeur	Taux de cotisation -Salarié	Total (en % du salaire brut)
Soins de santé (prestations en nature) en 2010	<b>2,70%</b>	<b>2,70%</b>	5,40%

Source : Code de la sécurité sociale

Une partie du débat sur la réforme des sources de financement du système de soins de santé se focalise sur la distinction entre cotisations à charge des employeurs et cotisations à charge des salariés. Le projet de réforme du système de soins de santé du Gouvernement propose d'augmenter les taux de cotisations sociales à charge de l'employeur et à charge du salarié de 0,20 point de % chacun, ce qui reviendrait à adopter un taux de cotisation total pour soins de santé de 5,70% du salaire brut.

**Tableau 13 : Taux de cotisation pour soins de santé proposés par le Gouvernement à partir de 2011 (en % du salaire brut)**

	Taux de cotisation - Employeur	Taux de cotisation - Salarié	Total
Soins de santé (prestations en nature) proposés par le Gouvernement dès 2011	<b>2,90%</b>	<b>2,90%</b>	5,80%

Source : projet de réforme du système de soins de santé, 2010

**L'introduction d'un taux de cotisation unique pour soins de santé de 5,26% du salaire super brut**

Pour réformer efficacement le système de protection sociale, il convient d'objectiver le débat et de rappeler un élément essentiel concernant les prélèvements sur les salaires : d'un point de vue purement économique la séparation entre cotisations sociales à charge de l'employeur et cotisations sociales à charge du salarié n'est pas pertinente. Ce qui compte en réalité ce sont :

- le coût total du travail (salaire super-brut)
- la rémunération nette perçue par les salariés (salaire net)
- le montant total des prélèvements pour soins de santé versés à l'assurance maladie (c'est-à-dire la différence entre le salaire super-brut versé par l'employeur et le salaire net perçu par l'employé).

Pour faire simple, le mécanisme actuel de prélèvement des cotisations pour soins de santé peut être résumé de deux manières différentes.

En premier lieu, si on considère que le salaire brut d'un employé est égal à 100 :

- le montant total des prélèvements pour soins de santé versés à l'assurance maladie est de 5,40, c'est-à-dire la somme des cotisations versées par l'employeur et par le salarié (2,70+2,70) ;
- le coût du travail est égal à 102,70, c'est-à-dire le montant du salaire brut (100) auquel s'ajoute le montant des cotisations pour soins de santé à la charge de l'employeur (2,70) ;
- la rémunération nette perçue par les salariés (salaires nets) est égal à 97,30, c'est-à-dire le montant du salaire brut (100) déduction faite des cotisations pour soins de santé à la charge de l'employé (2,70).

En second lieu, si on considère que le coût total du travail (salaire super brut) est égal à 100 :

- le coût du travail (salaire super brut) est égal à 100, c'est-à-dire la somme du salaire net de l'employé (94,74) et du montant des cotisations total des prélèvements pour soins de santé versés à l'assurance maladie (5,26) ;
- le montant total des prélèvements pour soins de santé versés à l'assurance maladie correspond à 5,26 (c'est-à-dire 5,26 % du salaire super brut) ;
- la rémunération nette perçue par les salariés (salaires nets) est égal à 97,30, c'est-à-dire le montant du salaire super brut (100) déduction faite du total des cotisations pour soins de santé (5,26).

Le tableau ci-dessous résume les deux modes de calculs précisés ci-dessus :

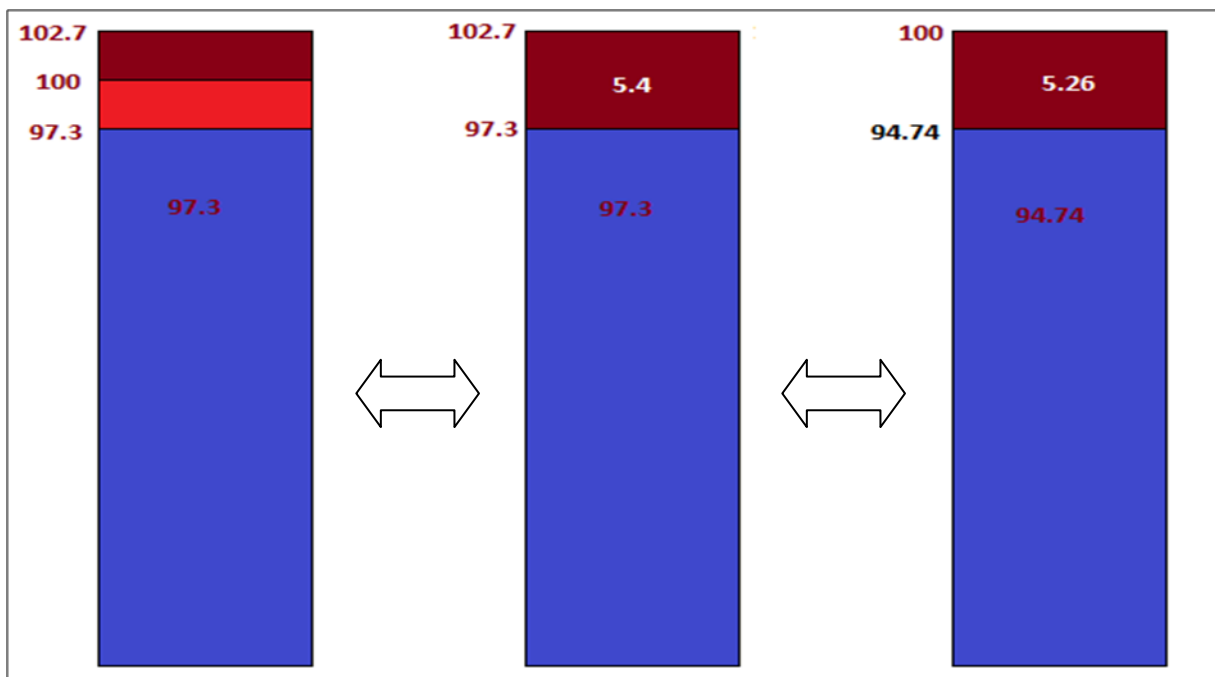
**Tableau 14 : Modes de calcul actuel des cotisations pour soins de santé en fonction du salaire brut et du salaire super brut**

<b>Mode de calcul des prélèvements pour soins de santé en fonction du salaire brut (salaire brut = 100)</b>		<b>Mode de calcul des prélèvements pour soins de santé en fonction du salaire super-brut (coût total pour l'employeur = 100)</b>	
Coût total	102,70	Coût total (salaire super brut)	100
Prélèvements sur salaires pour soins de santé	5,40	Prélèvements sur salaires pour soins de santé	<b>5,26</b>
Salaire net	97,30	Salaire net	94,74

Source : Code de la sécurité social et calculs UEL

Ce mode de calcul peut être représenté visuellement à travers le diagramme suivant :





Les prélèvements pour soins de santé correspondent donc à 5,26% du coût total du salaire. La proposition de l’UEL est de tenir compte de la réalité économique des prélèvements pour soins de santé et d’officialiser le mode de calcul des cotisations pour soins de santé en fonction du coût total du travail, c’est-à-dire en fonction du salaire super brut et d’instaurer un taux unique de cotisation unique pour soins de santé de 5,26% du salaire super brut.

La proposition de l’UEL comporte deux aspects :

Dans un premier temps, il s’agit de modifier l’assiette des prélèvements pour soins de santé qui ne reposerait plus sur le salaire brut, mais sur le salaire super brut (102,70% du salaire brut actuel). Cette mesure est neutre d’un point de vue coût total du travail.

Dans un second temps, en tenant compte de la modification de l’assiette, la somme des taux de cotisation actuels (5,40% du salaire brut) devient un taux de cotisation unique de 5,26% du salaire super brut. D’un point de vue strictement financier, l’introduction d’un taux de cotisation unique de 5,26% du salaire super brut est entièrement neutre. L’introduction d’un taux de cotisation unique ne modifie ni le montant du coût total du travail, ni le montant de la rémunération nette du salarié, ni le montant des sommes versées à l’assurance maladie. Naturellement cette proposition ne s’applique qu’à la part des salaires qui est inférieur au plafond cotisable (5 fois de salaire social minimum).

A titre d’information, une telle proposition a été mise en œuvre en République tchèque en 2008<sup>10</sup>.

<sup>10</sup> OCDE, “Etude économique de la République tchèque – 2008”, avril 2008, 12 pp., disponible à l’adresse suivante: <http://www.oecd.org/dataoecd/61/15/40502307.pdf>

**L'UEL insiste sur le fait que cette proposition est entièrement neutre financièrement puisque le fait de modifier le mode de calcul des cotisations pour soins de santé préserve complètement le *statu quo* entre coût total du travail, montant de la rémunération nette de l'employé et montant versé à l'assurance maladie au titre des soins de santé.**

### **Vers une responsabilisation des assurés/employés dans la gestion des soins de santé**

L'introduction d'un taux unique de cotisations pour soins de santé présente plusieurs séries d'avantage.

En premier lieu, l'introduction d'un taux de cotisation unique constitue un mode de prélèvement sur les salaires beaucoup plus transparent pour les employés/assurés. En effet à l'heure actuelle, un salarié cotise pour ses soins de santé d'un montant égal à 2,70% de son salaire brut. Or, il n'a pas la moindre idée du coût total que représenterait une augmentation des taux actuels de cotisations pour soins de santé. Par exemple, peu de salariés sont conscients de ce que représente le relèvement de 0,20 points de % des taux de cotisations des cotisations à charge de l'employeur en termes de coût salarial.

En second lieu, cette transparence accrue est la condition *sine qua non* d'une plus grande responsabilisation des assurés. En effet, la dérive actuelle des dépenses pour soins de santé provient en partie du fait que les assurés n'ont aucune idée de l'origine des fonds qui servent à financer l'assurance maladie. Il est important d'améliorer le lien entre le remboursement des prestations de soins de santé et le coût de ces remboursements en montrant clairement quels sont les montants qui sont financés directement par chaque salarié individuellement. Ceci doit permettre de montrer que la générosité du système et les dépenses supplémentaires du système sont en fait en grande partie financées par des prélèvements sur salaires et que, en l'absence de dérive des finances publiques, ces sommes pourraient servir à revaloriser le salaire net des employés.

Cette responsabilisation accrue implique une meilleure prise en considération des coûts et des avantages respectifs du système de soins de santé dont ils bénéficient :

- d'un côté, si les employés/assurés souhaitent collectivement bénéficier d'un système de soins de santé plus généreux, ils devront en assumer le coût et accepter une augmentation du taux de cotisations pour soins de santé. Cette augmentation du taux de cotisation entraînera une diminution mécanique de leur rémunération nette ;
- de l'autre, si les employés/assurés souhaitent collectivement bénéficier d'un système de soins de santé moins généreux, cette diminution des prestations pour soins de santé

sera compensée par une diminution du taux de cotisation pour soins de santé et une augmentation mécanique du salaire net.

L'introduction d'une telle réforme pourrait utilement remplacer la proposition de loi commune déposée par la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers et ayant pour objet le plafonnement du taux des cotisations patronales à l'assurance maladie pour la période 2005 à 2009, déposée sur base de l'article 35 de la loi modifiée du 4 avril 1924 portant création de chambres professionnelles à base élective et de l'article 5 de l'arrêté grand-ducal modifié du 8 octobre 1945 portant réorganisation du statut de la Chambre des Métiers<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Déposée le 7 juillet 2005, disponible à l'adresse suivante: <http://www.cc.lu/docdownload.php?id=308>

**3EME PARTIE : ET EN MODERNISANT LE FONCTIONNEMENT DE LA CAISSE  
NATIONALE DE SANTE**

**La réforme du système des soins de santé doit donner aux représentants des entreprises, membres des organes suprêmes de la Caisse nationale de santé (CNS) à la fois de véritables compétences dans la définition des grandes orientations de l'assurance-maladie et leur réserver un véritable pouvoir de supervision et de contrôle dans tout le processus de décision de l'assurance-maladie.**

**Dans cette 3<sup>ème</sup> partie, l'UEL souhaite mettre en avant les éléments organisationnels indispensables à un meilleur fonctionnement de la CNS.**

Suite à la présentation du projet de réforme du système de soins de santé, l'UEL avait réagi publiquement en affirmant que la collaboration au sein du comité directeur de la CNS était devenue impossible:

*“Soucieux d'établir un budget de la Caisse nationale de santé (CNS) en équilibre pour 2011, les représentants des organisations patronales ont au cours des derniers mois vainement insisté pour que les paramètres nécessaires à cette tâche soient mis à leur disposition. Il s'agit en l'occurrence de l'impact chiffré des réformes annoncées pour 2011. Or, à ce jour ni le Ministre ni le président de la CNS n'ont donné suite à cette requête.*

*Par ailleurs, le Ministre, en fixant l'ordre de grandeur tant des participations des assurés et de certains prestataires que des augmentations des recettes des cotisations, se substitue aux gestionnaires de la CNS, donc aux partenaires sociaux. Cette approche est contraire aux dispositions légales en vigueur concernant l'administration de la CNS et contradictoire par rapport au mandat confirmé expressément par le Ministre lors de la réunion du comité quadripartite du 24 mars 2010.*

*Pour les organisations patronales, cet état de fait place les partenaires sociaux et gestionnaires de la CNS dans l'impossibilité d'honorer les attributions qui leur reviennent de par la loi. Dans ces conditions, l'UEL a signalé au Ministre qu'une collaboration de la part des représentants patronaux au sein de la CNS est devenue inutile. Elle a fait appel au Ministre pour qu'il adapte dans le cadre de la réforme en cours les textes du Code de la Sécurité sociale à la pratique des dernières années.”<sup>12</sup>*

---

<sup>12</sup> Communiqué de l'UEL en date du 24 juillet 2010, la version intégrale est disponible sur le site [www.uel.lu](http://www.uel.lu)

Plus particulièrement, l'UEL propose un certain nombre de réformes structurelles devant améliorer la gouvernance de la CNS.

### **REFORMER EN PROFONDEUR LE FONCTIONNEMENT DE LA CNS**

L'UEL demande une séparation claire entre les fonctions exécutives (gestion) et fonctions non exécutives (supervision) au sein de la CNS.

Pour l'heure, le comité directeur de la CNS est composé de représentants salariés, de représentants des non-salariés, de représentants des employeurs et présidé par un fonctionnaire de l'Etat.

Or, le rôle et les missions du comité directeur de la CNS sont beaucoup trop vagues et générales. L'article 45 §2 du Livre 1<sup>er</sup> du Code de la sécurité sociale prévoit que :

*« Le comité directeur gère la caisse [nationale de santé] dans toutes les affaires qui n'ont pas été déléguées à un autre organe par les lois ou les règlements. »*

Les difficultés de fonctionnement de la CNS proviennent en partie de la confusion qui existe au niveau de la CNS entre fonctions exécutives et non exécutives.

Du point de vue de l'UEL, l'actuel comité directeur devrait jouer le rôle d'un comité de surveillance, c'est-à-dire fixer les grandes orientations stratégiques et financières de la CNS, mais certainement pas interférer dans la gestion quotidienne.

L'UEL demande une réforme en profondeur des structures de la CNS à travers :

- la création d'un comité de surveillance composée de représentants des salariés, de représentants des non-salariés et de représentants des employeurs et de représentants de l'Etat. Ce comité, composé de représentants des contributeurs financiers et des assurés, serait totalement légitime pour définir les grandes orientations stratégiques et financières de la CNS ;
- la création d'une direction exécutive composée de gestionnaires professionnels et chargée de la gestion de la CNS. Ces gestionnaires pourraient parfaitement provenir du secteur privé et pas exclusivement de la fonction publique. La direction exécutive serait responsable devant le comité de surveillance ;
- la mise en place d'un contrôle externe (réviseur aux comptes indépendant) chargé de vérifier les données comptables et financières transmises par la direction exécutive au comité de surveillance et susceptible d'être mandaté par ce dernier pour toute mission de contrôle ou de vérification indépendante.

Pour faciliter le fonctionnement du comité de surveillance, l'UEL demande une plus grande transparence financière à travers une comptabilisation distincte des différents risques gérés par la CNS (soins de santé, prestations en espèce, dépendance, maternité), mais également à travers l'introduction d'une comptabilité analytique et l'amélioration du partage des données.

Au-delà, les représentants des entreprises demandent à être davantage associés aux grandes orientations du système de santé qui sont prises en dehors de la CNS, en l'occurrence celles prises en matière d'organisation et de politique hospitalières.

### REDUIRE LES FRAIS ADMINISTRATIFS DE LA CNS.

Au cours des dix dernières années les frais d'administration ont connu une augmentation moyenne de 5.37% par année, soit une croissance totale de 83%. A titre de comparaison nous tenons à rappeler que le l'indice à la consommation a évolué de 26% dans la même période.

**Tableau 15 : Evolution des frais d'administration entre 1996 et 2010**

Exercice	Indice à la consommation	Variation Indice à la consommation	Frais d'administration	Var % N / N-1
1996	535,29	100%	33,32	100%
1997	547,56	102%	34,50	104%
1998	548,67	100%	36,32	105%
1999	554,38	101%	36,93	102%
2000	569,41	103%	39,70	108%
2001	587,24	103%	41,84	105%
2002	599,46	102%	44,49	106%
2003	611,92	102%	49,54	111%
2004	624,63	102%	50,82	103%
2005	640,24	102%	53,92	106%
2006	653,52	102%	56,15	104%
2007	668,46	102%	58,89	105%
2008	682,39	102%	63,9	109%
2009	699,44	102%	66,1	103%
2010	711,07	102%	72,6	110%
<b>Variation moyenne</b>				<b>105,37%</b>

**Tableau 16 : Variation des frais d'administration et de l'indice à la consommation**

Frais d'administration (var)		Indice consom.
2004-2010	143%	115%
2004-2008	126%	109%
2000-2010	183%	126%
1996-2010	218%	134%

Selon ses propres estimations, les coûts totaux de la CNS verront une croissance de 79,7 millions EUR pour la période 2009 / 2010. La CNS prévoit une augmentation des frais de fonctionnement de 6,5 millions EUR pour la même période. Les frais administratifs de la CNS contribueront à 8,16% à la croissance totale du budget CNS.

Les économies d'échelle, retenues lors des discussions sur l'introduction du statut unique, sont inexistantes. Au contraire, une augmentation des coûts de quelque 10% sera réalisée entre 2009 et 2010.

Il semble d'ailleurs que les frais d'administration soient directement liés aux dépenses totales de la CNS. Effectivement, on peut constater que les frais de gestion se situaient pendant les 5 dernières années entre 3,3 % et 3,5 % des dépenses totales. A première vue, il semble donc ces derniers soient calculés sur base d'une lettre clé et non pas en fonction des coûts réels.

Un gestionnaire qui ne peut gérer efficacement ses propres coûts et demande en même temps aux prestataires de réduire leurs coûts n'est pas crédible. Il est impératif que la CNS prenne les devants en termes d'économies financières afin de servir d'exemple à l'ensemble du domaine de santé.

Le regroupement de cinq caisses de maladie doit impliquer des économies d'échelles et en conséquence l'UEL plaide pour une revue en détail des frais d'administration.



## CONCLUSION

L'UEL ne peut se rallier à la réforme du système de soins de santé telle que préconisée par le Gouvernement, ce en dépit d'un certain nombre de mesures tendant à en augmenter l'efficacité et la transparence. La raison en est que les problèmes fondamentaux telles la réorganisation hospitalière, la démographie des prestataires de soins, la modernisation des nomenclatures ou encore l'organisation des laboratoires d'analyse médicale n'y sont pas abordés à suffisance.

S'y ajoute que le projet de loi présenté par le Gouvernement n'est pas suffisamment incisif tant en termes de maîtrise des dépenses qu'en termes de gouvernance de la CNS. Il est également trop peu ambitieux pour ce qui est de la concrétisation sur l'axe du temps d'une transparence accrue des coûts des soins hospitaliers ou encore de la mise en place de la chirurgie ambulatoire.

Par ailleurs, l'UEL réfute particulièrement toute augmentation des charges patronales : assumant largement le financement des prestations en espèces, elle juge indiqué une responsabilisation accrue des assurés et des autres parties prenantes en matière de soins de santé.

Enfin, les organisations patronales conditionnent leur rôle comme gestionnaires de la CNS à une modernisation en profondeur de la gouvernance de cet organisme et au respect des prérogatives redéfinies de toutes les parties prenantes par le Ministre compétent.